DIE GRUPPEN-LEBENSVERSICHERUNG

MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER SCHWEIZ

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Würde eines Doktors der Staatswissenschaften

eingereicht bei der

philologisch-historischen Abteilung der philosophischen Fakultät der Universität Basel

von

HANS ASCH

BASEL

BERN — DRUCK VON STÄMPFLI & CIE — 1930

DIE GRUPPEN-LEBENSVERSICHERUNG

MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER SCHWEIZ

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Würde eines Doktors der Staatswissenschaften

eingereicht bei der

philologisch-historischen Abteilung der philosophischen Fakultät

der Universität Basel

von

HANS ASCH

BASEL

BERN — DRUCK VON STÄMPFLI & CIE — 1930

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil Seite

1. Begriff und Wesen der Gruppenlebensversicherung 1
2. Gegenüberstellung von Einzellebensversicherung und Gruppenlebensversicherung. . . 3
3. Die Gruppenlebensversicherung als eine Form der Angestellten- und Arbeiterversicherung durch den Arbeitgeber. 5
4. Zweck und Bedeutung der Gruppenlebensversicherung 11
5. Gruppenlebensversicherung und Sozialversicherung in ihrer wechselseitigen Beziehung 14

Besonderer Teil

I. Die Entwicklung der Gruppenlebensversicherung in der Schweiz 19
II. Der Gruppenlebensversicherungsvertrag in der Schweiz. 23
1. Entstehung eines Gruppenlebensversicherungsvertrages. 23
Reklame und Propaganda 23
Vertragsabschluss 23
2. Die Zusammensetzung des als Gruppe versicherten Personenkreises. 24
3. Umfang der Gruppenlebensversicherung, Versicherungsarten und Höhe der Leistungen 25
Altersversicherung. 26
Hinterbliebenenversicherung 28
Invaliditätsversicherung 28
4. Die Kosten einer Gruppenlebensversicherung und ihre Verteilung auf Versicherungsnehmer und Versicherte 30
Prämienberechnung 30
Gewinnbeteiligung. 31
Steuerbegünstigung für die zum Zwecke der Gruppenlebensversicherung aufgewendeten Mittel 34
Kostenverteilung 35
5. Das vorzeitige Ausscheiden eines Versicherten aus der Versichertengruppe. . . . 37
6. Auflösung des Gruppenlebensversicherungsvertrages und ihre Folgen für die Versicherten. 38
7. Regelung des Innenverhältnisses zwischen Versicherungsnehmer und Versicherten. 38

Anhang.

I. Musterbeispiel eines Gruppenlebensversicherungsvertrages. 40
II. Musterbeispiel eines Fürsorgereglementes 44

Literatur

Abhandlungen über Gruppenlebensversicherungen. Achter Internationaler Kongress für Versicherungswissenschaft, London 1927.
Berichte des Eidgenössischen Versicherungsamtes: Die privaten Versicherungsunternehmungen in der Schweiz. Bern 1920—1927.
Blank Hans, Die Pensionsversicherung der Privatbeamten in Österreich, Prag 1903.
Böhmert Victor, Arbeiterverhältnisse und Fabrikeinrichtungen der Schweiz. Zürich 1873.
Committee on Industrial Relations, National Metal Trades Association: Experience with Group Insurance. Chicago 1926.
Dersch Hermann, Die neue Angestelltenversicherung. Berlin 1924.
Dymowski von Tadeusz, Die Alters- und Invalidenversicherung in der Schweiz. Zürich 1915.
Ehrenberg Victor, Arbeiterpensionskassen und Arbeitsvertrag. Jena 1908.
Festgabe für Alfred Manes. Berlin 1927.
Finanzjahrbuch, Schweizerisches. Bern 1927.
Friedli Werner, Über den Zusammenschluss kleiner Pensionskassen und die dabei auftretenden finanziellen und technischen Fragen. Zeitschrift für schweizerische Statistik und Volkswirtschaft 1921. Seite 291—296.
Friedli Werner, Über die Stabilität gegenseitiger Hilfskassen. Zeitschrift für schweizerische Statistik und Volkswirtschaft. 1927.
Graham William, Group Insurance. New York 1916.
Maclean Joseph, Life Insurance. New York 1924.
Manes Alfred, Das Versicherungswesen. Leipzig 1922.
Manes Alfred, Versicherungslexikon, 2. Auflage. Berlin 1924.
Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker, Heft 21.
Nabholz P., Die neuesten Bestrebungen zur Einführung der Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung in der Schweiz. Luzern 1919.
Neumann Carl, Verzeichnis des deutschen Privatversicherungsschrifttums 1913—1921. Berlin 1922.
Paul Edwin, Die Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung. Zürich 1922.
Volkswirtschaft, Arbeitsrecht und Sozialversicherung der Schweiz, herausgegeben vom Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement. 1925.
Wolfensberger Max, Die Wohlfahrtsfonds industrieller Unternehmungen im schweizerischen Recht, Zürcher Diss. 1917.
Wolff E., Die Pensionsversicherung. Zürcher Diss. 1920.

Zeitschriften:

Österreichische Revue, Organ für Assekuranz und Volkswirtschaft. Wien.
Österreichische Versicherungszeitung, Wien.
Allgemeine Versicherungspresse, Berlin.
Versicherung und Geldwirtschaft, Berlin.
Neumanns Zeitschrift für Versicherungswesen, Berlin.
Saski'sche Zeitschrift für das Versicherungswesen, Leipzig.
Deutsche Versicherungspresse, Berlin.
Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Berlin.

Material der Versicherungsgesellschaften:

Basler Lebensversicherungsgesellschaft, Basel (Bâloise).
Vita, Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, Zürich.
Schweizerische Lebensversicherungs- und Rentenanstalt, Zürich.
Metropolitain Life, New York.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546713_0123

Allgemeiner Teil

1. Begriff und Wesen der Gruppenlebensversicherung

Der Ausdruck Gruppenlebensversicherung [1]) dient allgemein zur Umschreibung einer bestimmten Art des Lebensversicherungsgeschäftes, das sich allmählich aus den als *Rahmenverträgen* bezeichneten Empfehlungs- und Begünstigungsverträgen entwickelt hat.

Der *Empfehlungsvertrag* verfolgt den Zweck, eine Firma oder einen Verband zu verpflichten, seinen Angestellten, Arbeitern oder Mitgliedern den Abschluss einer Lebensversicherung bei der Vertragsgesellschaft zu empfehlen. Die Gegenleistung der Versicherungsgesellschaft an die Firma oder den Verband besteht in finanziellen Zuwendungen zu deren Wohlfahrtseinrichtungen.

Beim *Begünstigungsvertrag* geniesst jeder Einzelne, welcher der vertragschliessenden Gruppe angehört, beim Abschluss einer Lebensversicherung gewisse Vorteile hinsichtlich der Versicherungsbedingungen und der Versicherungsprämien. Der Einzelne kann aber auch beim Begünstigungsvertrag auf seine finanziellen Vorteile verzichten, damit diese wie beim Empfehlungsvertrag dem Unternehmen oder Verband im gesamten zugeführt werden können [2]).

Durch diese Rahmenverträge gelangen bestimmte Personen, weil sie zufällig diesem Verband oder jenem Verein angehören, in den Genuss finanzieller Vorteile gegenüber den unter normalen Bedingungen und Prämientarifen bei der gleichen Versicherungsgesellschaft Versicherten. Empfehlungs- und Begünstigungsverträge stellen daher eine soziale Ungerechtigkeit und Benachteiligung dar, indem durch diese Verträge einzelnen Gruppen von Versicherten Vorteile eingeräumt werden, die nicht der Gesamtheit der bei einer Versicherungsgesellschaft Versicherten zukommen. Aus diesem Grunde lassen sich daher auch die Bestrebungen erklären, den weiteren Abschluss solcher Verträge zu verhindern. In einigen Staaten sind gesetzliche Verbote erlassen worden, während in anderen Staaten die Versicherungsgesellschaften selbst übereingekommen sind, den Abschluss von Empfehlungs- und Begünstigungsverträgen gegenseitig zu unterlassen.

In *Deutschland* wurde nach langen Kämpfen und Verhandlungen zwischen dem Reichsaufsichtsamt und den Versicherungsgesellschaften in der Novelle zum Versicherungs-Aufsichtsgesetz vom 9. Juli 1923 durch Gesetz der Abschluss und die Verlängerung von Begünstigungsverträgen verboten [3]).

In der *Schweiz* hat die Direktorenkonferenz der Schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften ein gegenseitiges Abkommen getroffen, keine neuen Begünstigungsverträge mehr abzuschliessen, und mit Gesetz vom Mai 1930 hat

[1]) Group Life Insurance (Grossbritannien, U. S. A.). Assurances par groupes (Frankreich).

[2]) Der Verband Schweizerischer Krankenpflegerinnen hat einen Begünstigungsvertrag abgeschlossen, bei dem die den einzelnen Versicherten gewährten Vorteile ausschliesslich dem Verbande als Gesamtheit zukommen.

[3]) Vgl. Paragraph 64 des V. A. G., Absatz 2.

der Bundesrat die Aufhebung der noch bestehenden Begünstigungsverträge verfügt. Aber weder strikte Verbote noch Abkommen der Versicherungsgesellschaften selbst sind wirklich imstande, diesen Empfehlungs- und Begünstigungsverträgen entgegenzuwirken, und unter dem Deckmantel der Gruppenlebensversicherung oder Kollektivversicherung finden wir sie immer wieder.

Der Gedanke, dem einzelnen Versicherten Vorteile finanzieller Art einzuräumen, wenn dieser einem Personenkreis angehört, der als Gesamtheit versichert wird, liegt den Rahmenverträgen zugrunde und bildet zugleich ein charakteristisches Merkmal für die aus den Rahmenverträgen hervorgegangene *Gruppenlebensversicherung*. Reduzierte Verwaltungs- und Provisionskosten, die bei den Rahmenverträgen den Rabatt erlauben, führen neben andern Gründen auch bei der Gruppenlebensversicherung zu den gegenüber Einzelversicherungen ermässigten Prämientarifen. Während jedoch bei Begünstigungsverträgen der Rabatt zu einem guten Teil auf Kosten der übrigen Versicherten geht, bilden bei der Gruppenlebensversicherung alle Gruppenversicherten einer Versicherungsgesellschaft einen gemeinsamen unabhängigen Gewinnverband.

Durch die Gruppenlebensversicherung soll eine Mehrzahl von Personen versichert werden, die man auf Grund bestimmter gemeinsamer Momente zu einer Gruppe zusammenfassen kann. Für diejenigen aber, die zu dem Personenkreis zählen, der als Gruppe versichert werden soll, ist die zwangsmässige Versicherung absolutes Erfordernis. Dadurch unterscheidet sich die Gruppenlebensversicherung wesentlich von den Begünstigungsverträgen, bei welchen eine zwangsmässige Versicherung nicht möglich ist. Die Bildung eines eigenen Gewinnverbandes ist daher bei Empfehlungs- und Begünstigungsverträgen für die durch diese Verträge Versicherten nicht wohl möglich. Einen geschlossenen Personenkreis bildet vor allem die Angestellten- oder Arbeiterschaft eines Unternehmens. Hier besteht die Möglichkeit, den Einzelnen auf Grund seines mit dem Arbeitgeber geschlossenen Dienstvertrages zum Beitritt in eine Versicherung der gesamten Angestellten- oder Arbeiterschaft zu zwingen. Über die Art der Versicherung, Aufbringen der Kosten, Höhe und Auszahlung der versicherten Leistungen müssen bestimmte Grundsätze eingehalten werden, die auf alle der betreffenden versicherten Gruppe angehörenden Personen gleiche Anwendung finden. Der Arbeitgeber kann sowohl ein privatwirtschaftliches Unternehmen, als auch eine öffentliche Körperschaft — Gemeinde, Kanton, Staat — sein.

Die wesentlichen Merkmale, die eine Gruppenlebensversicherung kennzeichnen, sind oben erwähnt worden. Von Staat zu Staat zeigt sich aber eine recht verschiedene Entwicklung und Ausbildung dieses Versicherungszweiges. Eine Definition des Begriffes Gruppenlebensversicherung wird daher immer — sofern damit der Versicherungszweig charakterisiert werden soll — den Verhältnissen eines bestimmten Staates angepasst sein.

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte kann in der Schweiz die *Gruppenlebensversicherung als eine nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossene, zwangsmässige Versicherung der Angestellten- oder Arbeiterschaft eines Unternehmers in einem einzigen Vertrage* definiert werden.

Der Begriff *Kollektivversicherung* ist in der Schweiz wenig verbreitet; wo man ihn aber verwendet, geschieht dies im gleichen Sinn wie der Begriff der Gruppenlebensversicherung. In Deutschland werden jedoch die beiden Begriffe Kollektivversicherung und Gruppenlebensversicherung scharf auseinander gehalten. Alle mit einer Personengemeinschaft abgeschlossenen Verträge, sofern den zur Gemeinschaft gehörenden Personen auf Grund dieses Vertrages eine Versicherung zu vorteilhaften Bedingungen und ermässigten Prämientarifen geboten wird, tragen die Bezeichnung Gruppenlebensversicherungen. Im besonderen zählen alle Empfehlungs-, Begünstigungs-, Rabatt- und Firmenverträge dazu. Was hingegen in der Schweiz als Gruppenlebensversicherung bezeichnet wird — siehe obige Definition — nennt man in Deutschland Kollektivversicherung [1]).

2. Gegenüberstellung von Einzellebensversicherung und Gruppenlebensversicherung

Die Lebensversicherung beruht auf dem Gesetz der grossen Zahlen. Die aus der Sterbetafel oder Absterbeordnung berechneten Lebenserwartungen bilden die Grundlage der Prämienberechnungen; damit ist aber keine Garantie dafür gegeben, dass die aus der Sterbetafel gemachten Berechnungen ohne weiteres für den bei *einer* Versicherungsgesellschaft versicherten Personenkreis zutreffen. Kranke oder mit andern Gebrechen behaftete Personen, die tatsächlich nicht mehr die ihnen zukommende Lebenserwartung besitzen, werden in vermehrtem Masse den Abschluss einer Lebensversicherung erstreben. Diesem Umstande sucht man dadurch zu begegnen, dass die Versicherungskandidaten sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen müssen und dass nur bei einem einwandfreien Gesundheitszustand mit ihnen eine Versicherung zum normalen Prämientarif abgeschlossen wird. Selbst bei der Volksversicherung, die auf die ärztliche Untersuchung verzichtet, erfolgt die Aufnahme des Versicherungskandidaten erst dann, wenn dieser nach Treu und Glauben über seine gesundheitlichen Verhältnisse schriftliche Auskunft erteilt hat. Befriedigt diese Auskunft nicht, so kann die Versicherungsgesellschaft nachträglich immer noch eine ärztliche Untersuchung verlangen oder den Abschluss einer abgekürzten Versicherung beantragen.Während noch bis vor wenigen Jahren bei der Gruppenlebensversicherung auf die ärztliche Untersuchung nur verzichtet wurde, wenn die zu versichernden Personen bereits eine Lebensversicherung abgeschlossen hatten oder Mitglied einer Krankenkasse waren, wird heute im allgemeinen die ärztliche Untersuchung bei der Gruppenlebensversicherung fallen gelassen. Die ärztliche Auslese des Einzelrisikos wird durch eine Gruppenauslese ersetzt. Jede Gruppe trägt ihr spezifisches Risiko, das je nach dem Beruf, nach der örtlichen Lage und der wirtschaftlichen Stellung der Gruppenversicherten verschieden ist. Unwillkürlich verwertet man aber bei der Gruppenlebensversicherung die Auswahl, die der Arbeitgeber bei der Anstellung seines Personals trifft, und berücksichtigt dabei, dass durch einen Arbeitgeber nur Beamte, Angestellte und Arbeiter eingestellt werden, welche für die ihnen zukommende

[1]) Vgl. den Vortrag über Gruppenversicherung von Prof. Dr. Hanns Dorn, München, gehalten am VIII. Internationalen Versicherungs-Kongress in London 1927.

Stellung eine gewisse physische Eignung besitzen. Durch das Moment der zwangsmässigen Versicherung wird der Risikoausgleich eines ganzen Personenkreises erzielt. Würde dem Einzelnen eine gewisse Freiheit gelassen, der Versicherung beizutreten oder nicht, so würden sich erfahrungsgemäss diejenigen, deren gesundheitliche Verhältnisse nicht mehr einwandfrei sind, zur Versicherung drängen. Wird aber eine ganze Gruppe lückenlos versichert, so ist es möglich, Personen in die Versicherung einzuschliessen, die für eine Einzelversicherung ein zu grosses Risiko darstellen würden. Eine Ausnahme bilden gewöhnlich nur jene Personen, die zur Zeit des Vertragsabschlusses krank sind. Die Aufnahme solcher Personen in die Versicherungsgruppe wird nach Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit vom Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht. Untersuchungen amerikanischer Versicherungsgesellschaften zeigen die Bedeutung einer zwangsmässigen Erfassung der gesamten Angestellten- oder Arbeiterschaft eines Arbeitgebers. Gruppenversicherungen werden in den Vereinigten Staaten von Nordamerika mit Personenkreisen geschlossen, deren Angehörige zwangsmässig versichert werden, oder wenn eine Mindestzahl und ein Mindestprozentsatz einer bestimmten Gruppe ihren Beitritt zur Versicherung erklären. Dabei zeigte es sich, dass die Sterblichkeit bei jenen Gruppen von Versicherten, deren Angehörige zwangsmässig versichert waren, um mehr als 50% geringer war [1]).

Die kollektive Versicherung ganzer Personalbestände gestattet durch eine erhebliche Verringerung der Unkosten die Anwendung ermässigter Prämientarife. Bei jeder Einzelversicherung verschlingen die Anwerbe- und Provisionskosten erhebliche Beträge. Diese Beträge lassen sich bei der Gruppenlebensversicherung durch die Anwerbung eines grösseren Bestandes von Versicherten auf Grund eines einzigen Vertrages wesentlich reduzieren. Die Verwaltungsarbeiten für den einzelnen Versicherten sind bei der Gruppenlebensversicherung bedeutend geringer als bei der Einzellebensversicherung. Prämienrechnungen und Quittungen werden in der Regel nicht für jeden einzelnen Versicherten geschrieben. Durch den ausschliesslichen Verkehr des Versicherers mit dem Arbeitgeber wird die Korrespondenz vereinfacht. Allerdings hat auch der Konkurrenzkampf, der gerade in diesem Versicherungszweige ausserordentlich scharf geführt wird, dazu beigetragen, dass die Prämientarife für Gruppenversicherungen bedeutend niedriger sind als die der Einzellebensversicherungen. Ist es doch für eine Versicherungsgesellschaft ein nicht zu unterschätzender Vorteil, auf *einmal* eine Mehrzahl von Personen versichern zu können und durch ständige Nachversicherungen und durch die Versicherungen der in die Gruppe neu Eintretenden gewissermassen die Garantie für ein ewiges Geschäft zu haben. Während beim Einzelversicherungsgeschäft jeder einzelne Versicherungskandidat besonders gewonnen werden muss, erfolgt bei der Gruppenlebensversicherung dieser Zufluss automatisch. Immerhin dürfen auch die Kosten, welche die Prämien für Gruppenlebensversicherungen verteuern, nicht übersehen werden. Während beim Abschluss einer Einzellebensversicherung ein bereits vorhandener Prämientarif angewendet wird, erfordert jeder Abschluss einer Gruppenlebensversicherung grössere versicherungstechnische Berechnungen.

[1]) Vgl. Braun: Sterblichkeit und Gegenauslese bei den Gruppenlebensversicherungen, Assekuranzjahrbuch 1927. Band 46.

Der Abschluss von Gruppenlebensversicherungen verkleinert aber ohne weiteres den Wirkungskreis einer bestimmten Berufsschicht. Es sind die *Versicherungsvertreter*, welchen ein immer grösseres Gebiet ihrer Tätigkeit entzogen wird; ihre Gewinnchancen verringern sich, und vielfach sehen sie sich gar in ihrer Existenz bedroht.

«Durch die Kollektivlebensversicherung wird der alte ehrenwerte Stand der Versicherungsvertreter langsam aber sicher zugrunde gerichtet [1])».

Vergeblich versuchen verschiedene Verbände von Versicherungsvertretern durch Eingaben den Staat zu bewegen, den Abschluss von Gruppenlebensversicherungen zu verbieten. Das Interesse der Versicherungsvertreter rechtfertigt aber keineswegs, die Entwicklung eines Versicherungszweiges zu hemmen, die vom volkswirtschaftlichen und sozialpolitischen Gesichtspunkt gesehen als sehr erfreulich zu bezeichnen ist.

3. Die Gruppenlebensversicherung als eine Form der Angestellten- und Arbeiterversicherung durch den Arbeitgeber

Das Einkommen und damit die Existenz besitzloser Volksklassen ist ausser bei mangelnder Arbeitsgelegenheit durch eine Reihe natürlicher Ereignisse bedroht. Krankheit oder Unfall können eine vorübergehende oder dauernde Invalidität und hohes Alter eine teilweise oder vollständige Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben. Diesem vorübergehenden oder dauernden Versiegen der normalen Einkommensbildung soll auf irgendeine Art vorzubeugen gesucht werden. Vorteilhaft begegnet man den ökonomischen Folgen von Invalidität, Alter, Tod, Krankheit, Arbeitslosigkeit durch den Abschluss von Versicherungen. Dies kann dem Einzelnen und seiner Familie überlassen, oder dem Staat, Arbeitgeber usw. übertragen werden. Bei der Gruppenlebensversicherung wird der Arbeitnehmer durch seinen Arbeitgeber gegen die wirtschaftlichen Folgen von Invalidität, Alter und Tod versichert. Die Vorsorge für die Zukunft kann aber nicht dem Beamten, Angestellten und Arbeiter überlassen bleiben. Vielfach fehlt das nötige Verständnis und der äussere Antrieb; vielfach ist es auch finanzielle Unmöglichkeit, welche den Abschluss einer Versicherung verhindert. Eine Sozialversicherung auf öffentlich-rechtlicher Grundlage, welche die Gesamtheit des Kreises von versicherungsbedürftigen Personen erfasst, besteht erst in wenigen Ländern, und wo sie auch eingeführt sein mag, bildet sie stets nur ein Minimum, das zu ergänzen die private Initiative mithelfen soll. Man betrachtet es als eine moralische Aufgabe des wirtschaftlich Stärkeren, für den Schwächeren, der ihm seine Existenz anvertraut, auch in den Tagen der Erwerbsunfähigkeit zu sorgen. Jedem Arbeitgeber wird sich die Notwendigkeit der Sicherstellung seines Personals gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Tod und Invalidität aufdrängen, gleichgültig, ob er staatliche Behörde, industrielles oder kaufmännisches Unternehmen ist. Eine derartige Fürsorge ist eine wirtschaftliche Notwendigkeit und zugleich der Ausdruck einer menschlichen Gesinnung.

[1]) Vgl. Bundes-Zeitung, Organ der Versicherungsvertreter Deutschlands, Berlin, 15. Februar 1926.

Zwei Wege stehen dem Arbeitgeber offen, um die Frage der Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenfürsorge seiner Arbeitnehmer zu lösen. Es besteht für ihn die Möglichkeit, eine eigene Pensions- und Hilfskasse zu errichten, oder eine Gruppenlebensversicherung mit einer Versicherungsgesellschaft abzuschliessen.

a) Die Gründung einer eigenen, selbständigen Pensionskasse

Eine Pensions- oder Hilfskasse verfolgt den Zweck, die Angestellten- oder Arbeiterschaft eines Unternehmens freiwillig oder durch Zwang gegen die Folgen von Alter, Tod und Invalidität zu schützen. Jede Kasse ist als ein geschlossenes Ganzes zu betrachten. Die Mitglieder werden zu einer eigenen Gefahrengemeinschaft zusammengeschlossen, innerhalb welcher sich der Risikenausgleich vollziehen muss. Das gesamte Risiko muss von der betreffenden Kasse allein getragen werden. Zweifellos hat der Arbeitgeber bei der Errichtung einer eigenen Pensionskasse die Möglichkeit, seine Wünsche bei der Ausgestaltung der Fürsorgeeinrichtung am besten zur Geltung zu bringen.

Vielfach werden aber die schwerwiegenden Mängel, die einem kleinen und örtlich gebundenen Versicherungsgebilde anhaften, übersehen. Allgemein werden die mit einer Fürsorgeeinrichtung verbundenen Risiken unterschätzt, die den finanziellen Stand der Kasse gefährden und oft schon nach wenigen Jahren zu ihrem Zusammenbruch führen.

Welcher Art sind nun diese Risiken, welchen eine selbständige Versicherungskasse ausgesetzt ist?

In erster Linie sei das *Wahrscheinlichkeitsrisiko* genannt. «Alle Versicherungskassen beruhen auf wahrscheinlichkeitstheoretischen Spekulationen [1]).»

Je grösser die Zahl der die Ereignisse hervorbringenden Personen ist, desto eher treten bestimmte zufällige Erscheinungen in einer regelmässigen gesetzlichen Folge ein. Je kleiner dagegen die Zahl ist, desto mehr weicht der tatsächliche Verlauf einer Erscheinung gegenüber dem berechneten ab. Die Anwendung von Wahrscheinlichkeitswerten auf kleine und kleinste Personenkreise muss lediglich als Zahlenspielerei angesehen werden. Die Entwicklung und das Schicksal kleiner Versicherungskassen ist Zufallsschwankungen ausgesetzt, die durch versicherungstechnische Berechnungen nicht vorausgesehen werden können. Solange die Versicherungseinrichtung nicht in Anspruch genommen werden muss, geht alles gut. Unglückliche Umstände aber, wie sie durch den Tod mehrerer Mitglieder im gleichen Jahre oder gar durch eine Epidemie verursacht werden können, werfen die schönsten versicherungsmathematischen Berechnungen um und besiegeln damit das Schicksal der Kasse. Zur Illustration obiger Ausführungen diene die folgende Betrachtung eines kleinen Versicherungsgebildes, wie sie in der Schweiz zahlreich anzutreffen sind. Im vorliegenden, einem willkürlich herausgegriffenen Beispiel handelt es sich um die Pensionskasse eines kleinen industriellen Unternehmens:

---

[1]) Vgl. Friedli, Über den Zusammenschluss kleiner Pensionskassen. Zeitschrift für schweizerische Statistik und Volkswirtschaft 1921. S. 291.

Mitglied der Kasse können alle bei dem betreffenden Unternehmen beschäftigten Angestellten werden. Die Leistungen der Kasse bestehen in der Auszahlung von Invaliden-, Alters-, Witwen- und Waisenrenten. Die Kosten der Fürsorgeeinrichtung werden zwischen Angestellten und Firma geteilt. Die Mitgliedschaft bei der Kasse endet ohne weiteres beim Austritt aus der Firma. Nach dem Jahresbericht von 1926 der betreffenden Unternehmung betrug die Mitgliederzahl der Kasse am

1. Januar 1927: *42*, wovon 30 männlichen und 12 weiblichen Geschlechts.

Durch «genaue» versicherungsmathematische Berechnungen wurde für den 1. Januar 1927 ein Fehlbetrag des Deckungskapitals von *Fr. 594. 05* konstatiert.

Solche Berechnungen als reine Zahlenspielerei zu bezeichnen, ist gewiss kein zu scharfes Urteil. Hat ein unglücklicher Zufall den Tod nur eines einzigen Mitgliedes zur Folge, erweisen sich alle Berechnungen als wertlos.

Häufig haben Pensionskassen des Bundes, grösserer Kantone oder Städte, den mittleren und kleineren Unternehmungen bei der Schaffung ihrer Fürsorgeeinrichtungen als Vorbild gedient, trotzdem auch bei diesen Kassen nicht überall ein technisch einwandfreier Aufbau zu finden ist. Als nachahmenswertes Beispiel einer selbständigen Pensions- und Hilfskasse wird oft diejenige der Schweizerischen Bundesbahnen — S. B. B. — hingestellt, obwohl gerade diese Kasse ein ausserordentlich grosses finanzielles Defizit aufweist. Am 31. Dezember 1925 sollte das Deckungskapital rund 617 Millionen Franken betragen, während aber auf diesen Zeitpunkt an Wertbeständen nur 244 Millionen Franken vorhanden waren. Somit ergab sich ein Fehlbetrag von 373 Millionen Franken. Wie soll dieses Defizit gedeckt werden? «Wenn einmal die jährlichen Einnahmen der Kasse, d. h. die statutarischen Beiträge der Verwaltung und der Versicherten, sowie die Zinsen der Reserven die Ausgaben nicht mehr decken werden, so wird jeweilen der Fehlbetrag durch die Gewinn- und Verlustrechnungen der Bundesbahnen gedeckt. Die endgültige Entscheidung über die Deckungsfrage wurde verschoben, bis die künftige Finanzlage der Bahn mit etwelcher Sicherheit überblickt werden kann [1]).»

Im Jahre 1928 wurden dann die Beiträge des Personals an die Versicherungskosten wesentlich erhöht und andererseits die versicherten Leistungen herabgesetzt. Solche Massnahmen sind aber nicht vorbildlich für andere Kassen, und ob jede privatwirtschaftliche Unternehmung gewillt ist, Fehlbeträge der Pensionskasse aus dem Gewinn der Unternehmung zu decken, scheint mehr als fraglich zu sein.

Neben dem Wahrscheinlichkeitsrisiko spielt für eine selbständige Versicherungskasse das *finanzielle Risiko* eine gewisse Rolle. Diese Tatsache zeigt sich besonders dann, wenn die für Fürsorgezwecke bestimmten Fonds nicht aus dem Geschäftsvermögen der Unternehmung ausgesondert sind, wenn also das Vermögen der Kasse selbst im Unternehmen als arbeitendes Kapital angelegt ist. Dadurch ist der Anspruch des einzelnen Versicherten auf seine Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliden-Leistung eng mit dem Schicksal des Unternehmens verknüpft. Bei Auflösung oder Konkurs gehen die Angestellten und Arbeiter meist jeder Fürsorge verlustig.

[1]) Vgl. 25 Jahre Schweizerische Bundesbahnen. Denkschrift von Dr. A. Welti, Zürich 1927. S. 72 ff.

Die Folge der obgenannten Risiken — Wahrscheinlichkeitsrisiko und finanzielles Risiko — zeigt sich bei kleinen Versicherungskassen vor allem in *schwankenden Prämien*, in *steten Veränderungen der versicherten Leistungen* und in *unsichern Gewinnverhältnissen*. Wenn aber durch Prämienerhöhungen und Herabsetzung der versicherten Leistungen das Gleichgewicht der Kasse bewahrt werden muss, so verringert sich der Wert der Fürsorgeeinrichtung für den Einzelnen bedeutend.

Durch Zusammenschluss mehrerer kleiner Pensionskassen suchte man den für versicherungsmathematische Berechnungen nötigen Personenkreis zu schaffen [1]).

Schwierigkeiten finanzieller und technischer Natur erschweren jedoch häufig einen derartigen Zusammenschluss. Die einzelne Firma ist in der Ausgestaltung der Kasse stark behindert, individuelle Wünsche müssen zurückgestellt werden. Eine gerechte Kostenverteilung wird besonders erschwert durch einen mehr oder weniger starken Wechsel im Personalbestande der einzelnen Firma. Als Vorteil für das versicherte Personal von Firmen, die in einem Fürsorgeverband zusammengeschlossen sind, wird die Möglichkeit des jederzeitigen freien Stellenwechsels innerhalb der zum Fürsorgeverband zählenden Firmen bezeichnet, ohne dabei der Zugehörigkeit zur Kasse verlustig zu gehen. Aber durch den verschiedenen Aufbau der einzelnen zusammengeschlossenen Kassen stösst die praktische Durchführung der Fortsetzung der Versicherung unter den gleichen Bedingungen auf beinahe unüberwindliche Schwierigkeiten. Die Beschaffung der statistischen Unterlagen und die mathematischen Berechnungen für die laufende Kontrolle der Kasse, Materialausgaben usw. erfordern hohe Verwaltungskosten, die sich nur bei einer relativ grossen Zahl von versicherten Personen lohnen. Eine weitere, nicht zu unterschätzende finanzielle Belastung sowohl selbständiger als auch zusammengeschlossener Pensionskassen sind die Auslagen für Expertisen an Versicherungsfachleute. Bei der Gründung einer Pensionskasse und während ihres Bestehens sind, falls die Kasse nicht von Versicherungsfachleuten selbst geleitet wird, versicherungstechnische Gutachten einzuholen, um eine mehr oder weniger genaue Durchführung der Kasse auf versicherungsmathematischer Grundlage zu gewährleisten. Diese Gutachten müssen ihrer Arbeit entsprechend honoriert werden und bilden für gewisse Personen einen einträglichen Erwerb. Aus Kreisen solcher Versicherungskassenexperten wird daher oft versucht, beim Laien den Eindruck zu erwecken, dass auch Versicherungskassen mit kleinem Personenkreis lebensfähig seien und dass unter allen Umständen die Gründung einer eigenen Pensionskasse als vorteilhaft anzusehen ist [2]).

Während beim Zusammenschluss mehrerer Kassen die Voraussetzungen für versicherungstechnische Berechnungen zutreffen können, ist der Versuch, Pensions-

---

[1]) Die drei grössten durch Zusammenschluss mehrerer kleiner Pensionskassen entstandenen Fürsorgeverbände in der Schweiz sind die Pensionskasse schweizerischer Elektrizitätswerke in Zürich, die Fürsorgekasse schweizerischer Banken und Sparkassen (Bellinzona) und die Alters- und Sterbekasse des Verbandes der Arbeiter und Arbeitgeber der Basler Bandfabriken in Basel.

[2]) Ein Beispiel zu obigen Aussagen bilden die Auslassungen eines Versicherungskassenexperten im Anhange einer Schrift des Schweizerischen Arbeitgeberverbandes über den Stand

und Hilfskassen auf dem Umlageverfahren aufzubauen, entschieden zu verwerfen. Bei Pensionskassen, die auf dem *Umlageverfahren* aufgebaut sind, wird der Versicherte erst dann zur Leistung an die Versicherung herangezogen, wenn innerhalb der Gefahrengemeinschaft ein Schadensfall eingetreten ist. Die auszuzahlende Summe wird zu gleichen Teilen auf die der Versicherungseinrichtung angehörenden Personen umgelegt. Der in der Kasse zusammengefasste Personenkreis sollte nach Möglichkeit seinen ursprünglichen Umfang beibehalten. Ein anhaltender Rückgang der Kassenmitglieder hat ein jährliches Steigen der Umlageforderungen an die einzelnen Mitglieder zur Folge. Die ganze Last muss von einer immer kleiner werdenden Zahl von Personen getragen werden.

Der Zusammenbruch vieler auf dem Umlageverfahren aufgebauter Sterbekassen hat der Entwicklung der Gruppenlebensversicherung Vorschub geleistet. Eine selbständige Pensionskasse ist nur berechtigt, wenn die Grösse des Personalbestandes dafür Gewähr bietet, dass der wirkliche Verlauf der Ereignisse den rechnungsmässigen Erwartungen entsprechen wird. Ein genügend grosser Garantiefonds, der auch die grössten unerwarteten Ansprüche an die Kasse befriedigt, wird ebenfalls die Gründung einer eigenen Kasse erlauben; in diesem Falle kann aber nicht mehr von einer Versicherung, bei der sich Leistung und Gegenleistung entsprechen, die Rede sein. Der Charakter einer Versicherungsinstitution geht verloren.

Nachteile, die jeder selbständigen Versicherungskasse anhaften, auch wenn sie versicherungstechnisch einwandfrei aufgebaut ist, sind vor allem *mangelnde Freizügigkeit* der in die Versicherung eingeschlossenen Arbeitnehmer und die *Schwierigkeit für ältere Angestellte und Arbeiter, bei Stellenwechsel in einer anderen Versicherungskasse noch aufgenommen zu werden.* Diese beiden Nachteile treffen ausschliesslich den Arbeitnehmer. Für ihn muss allein schon aus diesen Gründen die Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenfürsorge durch den Abschluss einer Gruppenlebensversicherung den Vorzug erhalten. Der freie Stellenwechsel ohne Verzicht auf künftige Leistungen wird ihm dadurch zweifellos erleichtert [1]).

b) Die Versicherung der gesamten Angestellten- und Arbeiterschaft in der Form der Gruppenlebensversicherung

Die wirtschaftlich sicherste, risikolose und auch ökonomisch vorteilhafteste Form der Fürsorge seiner Angestellten und Arbeiter bildet für den Arbeitgeber mit beschränktem Personenkreis der Abschluss einer Gruppenlebensversicherung:

---

der Personalfürsorge der privaten Unternehmungen in der Schweiz. — Die Fürsorge privater Unternehmungen für ihr Personal bei Alter, Invalidität und Tod. Zürich 1928. S. 62 ff.

«Handelt es sich um die Einführung eines vollständigen Versicherungsprojektes, so kann — natürlich immer unter Voraussetzung genügend vorsichtig gewählter technischer Grundlagen — bereits bei einer Mitgliederzahl von 40—50 Personen Selbstversicherung in Frage kommen, besonders in Fällen, wo hinter der Versicherungsinstitution quasi als Garant eine solide Firma oder ein prosperierendes Gemeinwesen steht. Bei einem Komplex von 80—100 versicherten Personen ist, sofern ein vollständiges Projekt in Frage kommt, das Vorhandensein eines Gründungsfonds erst recht nicht mehr nötig.»

[1]) Vgl. meine Ausführungen über Zweck und Bedeutung der Gruppenlebensversicherung.

Die Risiken, die durch eine eigene Versicherungskasse selbst getragen werden müssen, werden beim Abschluss einer Gruppenlebensversicherung auf einen dazu geeigneten Träger — Versicherungsgesellschaft — abgewälzt.

Schon in den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts findet man bei industriellen Unternehmern die Ansicht vertreten, dass die Versicherung der Arbeiter und Angestellten bei einem anerkannten, dritten Institut, einer Lebensversicherungsgesellschaft, vorteilhafter als die Gründung eigener Kassen ist. Die Firma Gebrüder Sulzer in Winterthur machte an Böhmert, Professor in Zürich, der die Arbeiterverhältnisse und Fabrikeinrichtungen der Schweiz untersuchte, am 25. Februar 1873 folgende bemerkenswerte Mitteilung:

«Es schien uns, dass ein Privatgeschäft sich nicht darauf einlassen dürfe, eigene Versicherungs- und Pensionskassen einzurichten: denn, wenn etwas Namhaftes dabei herauskommen soll, so müssen auch die Arbeiter Beiträge leisten, und damit übernähme ein Geschäft Verpflichtungen, welche auf zu lange Zeitdauer hinausgehen, während welcher die Verhältnisse sich ändern und später die grössten Kalamitäten entstehen können. Zudem ist es besser für die Arbeiter, nicht an ein Geschäft gebunden zu sein, wo sie im Falle ihres Austretens ihre Ansprüche verlieren würden. Es schien uns daher unter allen Gesichtspunkten besser, unsere Arbeiter bei einem anerkannt soliden Institut zu versichern resp. diejenigen, die es tun, dabei zu unterstützen.» (Vgl. Böhmert: Arbeiterverhältnisse und Fabrikeinrichtungen der Schweiz, Zürich 1873. Band 2, S. 184 ff.)

Der Vorzug der Gruppenlebensversicherung gegenüber den selbständigen Pensionskassen war also schon vor mehr als fünfzig Jahren klar erkannt. Mit Recht wird auf die geringere Bindung des Angestellten oder Arbeiters an seinen Arbeitgeber bei der Gruppenlebensversicherung hingewiesen. Dies zeigt sich besonders beim Stellenwechsel, wo der Arbeitnehmer nicht alle seine Ansprüche auf die versicherten Leistungen verliert, wird ihm doch im allgemeinen seine Police ausgehändigt, so dass er durch Bezahlung der erforderlichen Prämien die Versicherung selbst fortführen kann.

Hinsichtlich der versicherten Leistungen besteht zwischen der Gruppenlebensversicherung und der Pensionskasse insofern ein Unterschied, als bei der Pensionskasse die Leistungen dem individuellen Bedürfnis jedes Kassenmitgliedes besser angepasst werden können. Besonders dann, wenn weder Statuten noch irgendwelche Reglemente den Rechtsanspruch des einzelnen Versicherten regeln. «Die Pensionskasse... kann in einzelnen Fällen als *Wohltäter im landläufigen Sinne* auftreten [1].» Bei einer Gruppenlebensversicherung hingegen wird bei jedem Versicherungsereignis unter den gleichen Dienstaltersbedingungen die nämliche Versicherungssumme ausbezahlt, handle es sich nun um ein lediges oder verheiratetes Mitglied mit oder ohne unterstützungsbedürftige Nachkommen.

Was aber technisch durch eine Pensionskasse festgelegt werden kann, ist auch bei der Gruppenlebensversicherung möglich. Gerade die Gruppenlebensversicherung erlaubt dem Einzelnen eher die Versicherungsform seinen persönlichen Verhältnissen anzupassen, worauf eine Pensionskasse, soll ihr Betrieb

[1]) Vgl. die unter Anmerkung [1]), S. 6, genannte Schrift, S. 292.

nicht zu umständlich und teuer sein, verzichten muss. Wohl hat man bei der Pensionskasse die Möglichkeit, Leistungen nur da zu gewähren, wo wirklich ein Bedürfnis vorhanden ist; damit ist aber das Prinzip der Versicherung, wonach jeder Versicherte seinem Risiko entsprechend an die Kosten der Versicherung beiträgt, umgestossen. Leistung und Gegenleistung entsprechen sich nicht mehr. Der Angestellte oder Arbeiter besitzt keinen rechtlichen Anspruch auf eine bestimmte Geldleistung; diese wird von Fall zu Fall, je nach den gegebenen Verhältnissen festgesetzt. Unwillkürlich steigert sich damit aber auch die Abhängigkeit des Arbeitnehmers von seinem Arbeitgeber und leicht können Meinungsverschiedenheiten über die Höhe der Leistung entstehen.

Der Abschluss einer Gruppenlebensversicherung bietet den Vorteil, dass die Höhe der versicherten Leistungen im Fürsorgereglement festgesetzt ist. Auch bei einer Pensionskasse kann dies der Fall sein. Für die Auszahlung der versicherten Leistungen durch den Arbeitgeber ist bei der Gruppenlebensversicherung insofern eine Garantie geschaffen, als der Arbeitgeber auf Grund des Versicherungsvertrages mit der Versicherungsgesellschaft im Momente der Fälligkeit der Leistung tatsächlich über die Geldsumme verfügt.

4. Zweck und Bedeutung der Gruppenlebensversicherung

Der Zweck und die Bedeutung der Gruppenlebensversicherung liegt vor allem in der ökonomischen Sicherstellung des Arbeitnehmers bei Alter, Tod und Invalidität. Der Abschluss eines Gruppenlebensversicherungsvertrages steht aber auch im Interesse des Arbeitgebers; man kann nicht ohne weiteres von einer uneigennützigen Massnahme sprechen, der ein greifbarer wirtschaftlicher Vorteil nicht gegenüber steht. Aufwendungen für eine Fürsorgeeinrichtung dürfen nicht als eine Ausgabe betrachtet werden, die ausserhalb eines nach ökonomischen Prinzipien geleiteten Unternehmens steht und die man sich nur bei ausserordentlich günstigen Geschäftsabschlüssen erlauben darf. Aber noch heute gibt es Unternehmer, die sich einer regelmässigen Belastung des Unkostenkontos für Fürsorgezwecke widersetzen. Für den Arbeitnehmer liegt, wie bereits bemerkt wurde, der Zweck der Gruppenlebensversicherung in der Abnahme oder zumindest in der Linderung wirtschaftlicher Sorgen der Zukunft, sei es nun Sicherstellung seiner Hinterbliebenen oder betreffe es seine eigene Fürsorge im Falle eintretender Invalidität oder bei hohem Alter. Zweifellos sind derartige Fürsorgeeinrichtungen vom sozialpolitischen Gesichtspunkt aus zu begrüssen. Es scheint daher merkwürdig, wenn der Wert einer solchen Wohlfahrtseinrichtung in Frage gestellt wird, wenn Pensionskassen, Gruppenlebensversicherungen usw. von gewerkschaftlicher Seite als Wohlfahrtsplage bezeichnet werden. (Vgl. Schweizerische Metallarbeiter-Zeitung, Bern, vom 16. April 1921. Offizielles Organ des Schweizerischen Metall- und Uhrenarbeiter-Verbandes.) Durch Wohlfahrtseinrichtungen wird die Freizügigkeit des jederzeitigen Stellenwechsels von Arbeiter oder Angestellten unterbunden; der Arbeitnehmer wird an seinen Arbeitgeber «gefesselt». Es kann und soll gar nicht bestritten werden, dass Fürsorgeeinrichtungen den freien Stellenwechsel für Arbeiter und Angestellte erschweren, besonders, wenn auf

künftige Leistungen, die durch den Austritt aus dem Unternehmen verloren gehen, Verzicht geleistet werden muss. Man ist aber heute bestrebt, dem wirklichen Zweck der Fürsorgeeinrichtung (Fürsorge bei Alter, Tod und Invalidität) Rechnung zu tragen. Besonders in der Gruppenlebensversicherung ist diese Frage zum Vorteil der Arbeitnehmer gelöst worden. Den unter Vorbehalt eines ordnungsgemässen Austrittes ausscheidenden Angestellten oder Arbeitern wird vom Arbeitgeber in der Regel das Recht eingeräumt, auf eigene Kosten die Versicherung weiter zu führen. Damit steigt der Wert der Fürsorgeeinrichtung für den Arbeitnehmer erheblich. Dass aber auch der Arbeitgeber seine Vorteile aus dem Abschluss einer Gruppenlebensversicherung zieht, zeigt uns vor allem eine Enquete der National Metal Trades Association in den Vereinigten Staaten von Nordamerika[1]), dem Lande der stärksten Entwicklung der Gruppenlebensversicherung. Bei 50 von 75 Unternehmern waren ökonomische Beweggründe ausschlaggebend beim Abschluss der Gruppenlebensversicherung, und nur ein Drittel hat die Versicherung lediglich mit der Absicht, den Arbeitern und Angestellten damit zu helfen, abgeschlossen. Die Vorteile, die ein Arbeitgeber aus dem Abschlusse einer Gruppenlebensversicherung zieht, sind mannigfacher Art, wenn auch die Gegenleistungen seiner für Prämien gemachten Aufwendungen nicht in sofort erkennbarer Form zutage treten. Vor allem zeigen sich die Vorteile einer rationell ausgebauten Fürsorgeeinrichtung in einer gewissen Stabilität des Personalbestandes, in einer verbesserten Zusammenarbeit von Arbeitgeber und Arbeitnehmer und in der Möglichkeit einer fortwährenden, zweckmässigen Erneuerung und Verjüngung des Angestellten- und Arbeiterkörpers.

Bei einem fortwährenden Wechsel an Personal erleidet jedes Unternehmen einen bestimmten Verlust. Die Neuanwerbung und noch mehr die Einarbeitung frischer Arbeitskräfte, was bei einem qualifizierten Arbeiter unbedingt erforderlich ist, hat eine geringere Leistungsfähigkeit des Unternehmens zur Folge. Dazu kommt ein während dieser Zeit in Kauf genommener Mehraufwand an Material und eine stärkere Abnutzung der Geräte und Maschinen, was erfahrungsgemäss durch die noch ungewohnte Arbeit verursacht wird. Besonders bei der heutigen Entwicklung der Technik werden an jeden einzelnen Arbeiter hohe Anforderungen gestellt. Der Austritt zieht den Verlust der von diesem Arbeiter gesammelten Erfahrungen nach sich. Häufig wird zum Nachteil des Arbeitgebers der Betreffende bei der Konkurrenz Verwendung finden. Man sucht daher nach Mitteln, den Arbeiter auf längere Dauer — wenn möglich auf Lebenszeit — dem Unternehmen zu erhalten. Im Heimstättenwesen und in der Fürsorge des Arbeitnehmers bei Alter, Tod und Invalidität fand man die hiezu am besten geeigneten Mittel. Ein Vergleich der Kosten zeigte aber bald, dass im Fürsorgewesen, sowohl für den Arbeitgeber als auch den Arbeitnehmer, das ökonomisch vorteilhaftere Mittel gefunden war. Für den Arbeitnehmer im besondern hat das Heimstättenwesen den Nachteil, dass er beim Wechsel der Arbeitsstelle auch seine Heimstätte aufzugeben gezwungen ist.

---

[1]) Vgl. Experience with Group Insurance by Committee on Industrial Relations, National Metal Trades Association. Chicago 1926.

Besteht das Interesse der Unternehmung einerseits darin, die tüchtigen Arbeitskräfte zu behalten, so ist es ebenso notwendig, da einen Wechsel vorzunehmen, wo der Angestellte oder Arbeiter infolge vorzeitiger Arbeitsunfähigkeit oder vorgerückten Alters seiner Aufgabe nicht mehr gewachsen ist. Diese Frage der Ausscheidung unbrauchbar gewordener Arbeitskräfte wird an jede Unternehmung herantreten. Fehlen die Mittel zur Pensionierung, so ist die Unternehmung gezwungen, diese meist in den oberen Gehaltskategorien stehenden älteren Angestellten und Arbeiter noch jahrelang im Betriebe mitzuschleppen. Wohlverstanden ist damit die grosse Masse der Angestellten und Arbeiter gemeint, dass älteres Personal dem Unternehmen durch seine langjährigen Erfahrungen noch wertvolle Dienste leisten kann, soll keineswegs übersehen werden. Durch diese im allgemeinen unwirksamen Ausgaben wird das Gehaltskonto stark belastet und der Arbeitsertrag eines mit teilweise unbrauchbar gewordenem Personal durchsetzten Unternehmens muss trotz grössten anderweitigen Anstrengungen auf niedriger Stufe bleiben. Die Einführung neuer Maschinen und Arbeitsmethoden gestaltet sich bei älterem Personal schwierig und beeinflusst damit die Konkurrenzfähigkeit des Unternehmens. Eine planmässige Vorbereitung der Ersetzung unwirtschaftlich gewordener Arbeitskräfte ist unbedingt erforderlich. Die Mittel zu einer auch nur notdürftigen Abfindung von einem Tag auf den andern bereit zu stellen, wird oft geradezu unmöglich sein. Wie Maschinen und Gebäude allmählich amortisiert werden, soll auch das teuerste Element der Wirtschaft, die menschliche Arbeitskraft, langsam «abgeschrieben» werden. Erleidet ein Arbeiter einen Unfall während der Arbeit und wird er dabei invalid oder gar getötet, so tritt der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Unternehmen unmittelbar zutage, man betrachtet es als eine selbstverständliche Pflicht des Unternehmers, für die finanziellen Folgen aufzukommen. Für den Arbeitnehmer aber zu sorgen, dessen Arbeitskraft allmählich abgenutzt wird, ist nicht minder gerechtfertigt. Durch jährliche Rücklagen in Form von Versicherungsprämien schützt sich der Arbeitgeber am besten gegen unproduktive Personalausgaben.

Schliesslich bietet der Abschluss einer Gruppenlebensversicherung dem Arbeitgeber den Vorteil einer bessern Zusammenarbeit mit seinen Angestellten und Arbeitern. Die Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer haben sich mit der fortschreitenden industriellen Entwicklung immer mehr gelockert. Die Tendenz zu einer immer noch stärkern Konzentration der Unternehmungen und die damit notwendig verbundene Zusammenballung grosser Arbeitermassen bringt eine immer weitergehende Entfremdung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Die Mechanisierung der Arbeitskraft lässt den Einzelnen als unbedeutendes Werkzeug im Geschäftsbetrieb des Unternehmers erscheinen. Hilflos steht er da, wenn sein einziges Vermögen, seine Arbeitskraft, vorübergehend oder dauernd beeinträchtigt oder gar vollständig vernichtet wird. Wo nicht zwangsmässig durch den Staat eine Unfall-, Kranken-, Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung geschaffen wurde, soll der Arbeitgeber versuchen, das wirtschaftliche Fortkommen des Arbeitnehmers gegen die Wechselfälle des Lebens nach Möglichkeit zu sichern. Der Arbeitgeber bleibt, wenn er um die Besserung

der persönlichen Verhältnisse seiner Arbeitnehmer besorgt ist, nicht der blosse Beschäftiger von Menschen, sondern seine Angestellten und Arbeiter erhalten manchen Lebenskomfort, der ihnen als einzelnem Individuum versagt geblieben wäre.

5. Gruppenlebensversicherung und Sozialversicherung in ihrer wechselseitigen Beziehung

Als Sozialversicherung im weitesten Sinne des Wortes kann man alle auf Gegenseitigkeit beruhenden wirtschaftlichen Veranstaltungen bezeichnen, die der Deckung zufällig schätzbaren Vermögensbedarfes notleidender Bevölkerungsschichten dienen. Auch die Gruppenlebensversicherung muss in diesen erweiterten Begriff der Sozialversicherung eingeschlossen werden. Was aber als eigentliche oder Sozialversicherung im engeren Sinn bezeichnet wird, ist eine Versicherung mit staatlichem Zwangscharakter. In der Sozialversicherung finden sich die verschiedensten Versicherungsarten, wie Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Alters-, Hinterbliebenen-, Arbeitslosenversicherung usw. Der Rahmen der Sozialversicherung ist in diesem Staat enger, in jenem weiter gefasst. Um den Einfluss der Sozialversicherung auf die Gruppenlebensversicherung zu untersuchen, werden naturgemäss nur jene Arten der Sozialversicherung zu berücksichtigen sein, die auch in der Gruppenlebensversicherung zu finden sind, also Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung.

Ziel und Zweck der Sozial- wie auch der Gruppenlebensversicherung ist die Verbesserung der materiellen Lage der Arbeiter und Angestellten. Wird bei der Sozialversicherung durch *Gesetz* eine bestimmte Bevölkerungsschicht zwangsmässig versichert, so werden bei der Gruppenlebensversicherung die Arbeitnehmer auf Grund des mit ihrem Arbeitgeber geschlossenen Dienstvertrages versichert. Bei wirtschaftlicher Not infolge von Invalidität, Alter und Tod des Ernährers, soll ein Rechtsanspruch auf eine Geldleistung eingeräumt werden. Die Kosten der Versicherung werden bei der Sozial- und bei der Gruppenlebensversicherung meist durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam aufgebracht.

Findet sich in der Privatversicherung, also auch in der Gruppenlebensversicherung, ausschliesslich das Kapitaldeckungsverfahren, so wird bei der Sozialversicherung sowohl das Kapitaldeckungs- wie auch das Umlageverfahren angewendet. Wo die Garantie eines ständig sich erneuernden Versicherungsbestandes gegeben ist, kann unbedenklich zum Umlageverfahren gegriffen werden. Kommt es beim Kapitaldeckungsverfahren zur Anhäufung gewaltiger Kapitalien, die Entwertungen ausgesetzt werden können, so wird beim Umlageverfahren nur ein relativ kleiner Fonds angelegt, während die jährlichen Einnahmen zur Deckung der Ausgaben dienen. Der Hauptgrund, der bei der Sozialversicherung zum Umlageverfahren führt, ist die grosse Masse älterer versicherungspflichtiger Personen, die ihrem Alter entsprechend ein grosses Risiko darstellen und nur durch die Zahlung hoher Prämien in den vollen Genuss der Versicherungs-

leistungen gelangen könnten. Beim Umlageverfahren ist diese Frage gelöst, indem die jüngeren Versicherungspflichtigen mithelfen, für die älteren zu zahlen [1]).

Sozialversicherung und Gruppenlebensversicherung werden im wesentlichen den gleichen Personenkreis erfassen, den sie gegen die gleichen wirtschaftlichen Gefahren zu schützen suchen (vgl. S. 14); sie schliessen sich aber deshalb gegenseitig nicht aus, sondern werden sich zum Vorteil der Versicherten ergänzen. Die Sozialversicherung muss ihre Leistungen in bescheidenern Grenzen halten, als was, unter günstigen Verhältnissen, die Fürsorge der Arbeitgeber für Beamte, Angestellte und Arbeiter leisten kann. In diesem Sinne wünscht auch der schweizerische Bundesrat seine Vorlage zur Sozialversicherung ausgelegt zu wissen. «Schliesslich sollen aber neben der Sozialversicherung wie bis anhin die Selbsthilfe und die private Versicherung und Arbeitgeberfürsorge ihren Platz haben und durch jene nicht ersetzt, sondern vielmehr gefördert werden[2]).» oder «Die gesetzliche Sozialversicherung und die Arbeitgeberfürsorge... werden sich aber, wie es auch inbezug auf die Privatversicherung der Fall ist, wechselseitig in wertvoller Weise ergänzen und befruchten [3]).» Gleichwohl hemmen sich diese beiden Versicherungszweige in ihrer gegenseitigen Entwicklung. Die Ursache liegt in der allzu hohen finanziellen Belastung für Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Die Entwicklung der Gruppenlebensversicherung wird daher in Staaten mit Sozialversicherung entsprechend zurückgeblieben sein. Dies wird ein Vergleich zwischen Deutschland und den Vereinigten Staaten von Nordamerika deutlich zeigen. Die Einführung der Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung durch den Staat wird sich aber auch erheblich schwieriger gestalten, wenn für bestimmte Volksschichten bereits durch private Versicherung gesorgt ist. Es wird als Pflicht des Staates angesehen, die bestehenden Fürsorgeeinrichtungen zu berücksichtigen und im besonderen den Arbeitgebern nicht durch zu hohe Beiträge an die staatliche Sozialversicherung die Weiterführung ihrer eigenen Fürsorgeeinrichtungen zu verunmöglichen. Schon vor Jahren wurde in der Schweiz erkannt, dass bei Einführung der Sozialversicherung die bestehenden privaten Fürsorgeeinrichtungen als Hemmschuh wirken, und eifrig wurde die Frage der Zulassung privater Kassen als Versicherungsträger neben den öffentlichen Kassen diskutiert. Dabei wird auf die ausserordentliche Bedeutung hingewiesen, die diese privaten Kassen heute erreicht haben. Im Kanton Basel-Stadt beliefen sich die an Renten und Kapitalabfindungen ausbezahlten

[1]) Nach den Vorschlägen des Bundesrates wird auch in der Schweiz bei Einführung der Sozialversicherung ein sogenanntes Umlageverfahren Anwendung finden. Reserven, die insbesondere in der Übergangsperiode angelegt werden sollen, haben nicht die Funktion von Deckungskapitalien, sondern sollen durch ihr Erträgnis die später steigenden Ausgaben der Versicherung decken helfen. (Vgl. die Botschaften des Bundesrates betreffend Alters- und Hinterbliebenenversicherung, 1919, 1922, 1928.)

[2]) Vgl. Nachtragsbericht des Bundesrates an die Bundesversammlung betreffend Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, vom 23. Juli 1924. S. 17.

[3]) Vgl. Alters- und Hinterlassenenversicherung. Entwurf eines Bundesgesetzes mit Motivenbericht, ausgearbeitet vom Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement. August 1928. S. 98 ff.

Summen im Jahre 1925 auf nicht ganz anderthalb Millionen Franken, die sich wie folgt zusammensetzten:

Altersrenten	Fr.	791,292. 65
Invalidenrenten	»	210,674. 35
Witwenrenten	»	243,840. 10
Waisenrenten	»	27,831. 90
Kapitalabfindungen	»	174,788. 30
Total	Fr.	1,448,427. 30 [1])

Investiert sind in den baselstädtischen Kassen rund 55—60 Millionen Franken. «Es ist daher ein durchaus berechtigtes Verlangen, dass die privaten Fürsorgeeinrichtungen in die kommende staatliche Versicherung einbezogen werden, dass diejenigen Institutionen, die bereits bestehen und die sich bewährt haben, Berücksichtigung und Förderung finden [2]).

Aber die Komplikationen, die sich aus der Erfassung der Beitragspflichtigen, der Zusammenarbeit mit den Gemeinden, der Verteilung der Arbeitgeberbeiträge, der Forderung einer absoluten Zahlungsfähigkeit dieser Kassen usw. ergeben, sind unübersehbar. Dazu kommt, dass der Übertritt aus öffentlichen Kassen in private und umgekehrt beinahe ausgeschlossen wäre, da private Kassen nach dem Deckungskapitalverfahren arbeiten müssen, während die öffentliche Versicherungsinstitution das Umlageverfahren wählen muss. Der Wunsch, bestehende Kassen und Fürsorgeeinrichtungen nach Möglichkeit zu berücksichtigen, hat dazu geführt, diese als Agenturen der kantonalen Versicherungseinrichtungen in Aussicht zu nehmen. Es wird sich dabei lediglich um das Einziehen der Beiträge und um die Ausrichtung der Leistungen aus der Versicherung handeln. Eine private Versicherungseinrichtung kann daher zugleich mit den an sie zu entrichtenden Prämien, den an die kantonale Versicherungskasse zu leistenden Beitrag einziehen und auch die von ihr selbst, wie die von der kantonalen Kasse geschuldeten Leistungen ausrichten. Die nähere Ausführung dieses Vorschlages ist einstweilen noch ungewiss, bis über die künftige Gestaltung der Zusatzversicherung Klarheit besteht [3]).

Die Vereinigten Staaten von Nordamerika, ein Land ohne staatliche Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, zeigen eine überaus starke Entwicklung der Gruppenlebensversicherung. Obwohl die ersten Abschlüsse von Gruppenlebensversicherungsverträgen nach übereinstimmenden Äusserungen in Versicherungskreisen erst im Jahre 1912 stattfanden [4]), hat die Gruppenlebensversicherung sowohl im Hinblick auf die Zahl der abgeschlossenen Verträge

[1]) Vgl. Die Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenfürsorge privater Unternehmungen im Kanton Basel-Stadt, von Dr. Max Flury, Schriften des Basler Volkswirtschaftsbundes, Nr. 2, 1928. S. 18, 21.

[2]) Vgl. Flury a. a. O. S. 20.

[3]) Vgl. Neue Zürcher Zeitung, 1929. Nr. 366, 368. Basler Nachrichten 1929. Nr. 53.

[4]) The Equitable Life Insurance Society of the U. S. A., eine der grössten amerikanischen Versicherungsgesellschaften, hat im Jahre 1912 die erste Gruppenlebensversicherung für 3000 Angestellte abgeschlossen.

als auch in bezug auf die Höhe der Versicherungssummen im Vergleich zu den übrigen Versicherungsarten eine bedeutende Stellung errungen. Die folgenden Zahlen sollen den bedeutenden Aufschwung der Gruppenlebensversicherung besonders in den letzten Jahren zeigen.

	Zahl der Verträge	Höhe der Versicherungssummen in Millionen $
1918	2.162	586
1920	5.980	1584
1922	6.703	1767
1924	8.969	3040
1926	11.891	5048

Als Gruppenlebensversicherung bezeichnet man in den U. S. A. die Versicherung einer Gruppe von nicht weniger als 50 Personen — Angestellte und Arbeiter des gleichen Arbeitgebers — zu einheitlichen Bedingungen und ermässigten Prämientarifen. Kranken- und Unfallversicherung wird gewöhnlich in die Gruppenlebensversicherung eingeschlossen. Bei Krankheit werden an die Vesicherten Krankengelder ausgerichtet. Die Versicherungsgesellschaften suchen diese Ausgabe durch periodische, kostenlose, ärztliche Untersuchungen jedes Gruppenversicherten und durch einen organisierten Krankenpflegedienst auf ein Minimum zu reduzieren [1]). Um Unfällen und Krankheiten vorzubeugen, haben Ingenieure im Dienste der Versicherungsgesellschaften die Arbeitsverhältnisse bei denjenigen Unternehmungen, deren Angestellte und Arbeiter durch Gruppenlebensversicherung versichert sind, zu studieren, auf schlechte, gesundheitsschädliche Arbeitsstätten hinzuweisen und Ratschläge über ihre Verbesserung zu erteilen. Dadurch werden den Angestellten und Arbeitern wie auch dem Unternehmen wertvolle Dienste geleistet. Diese weitgehende Ausgestaltung der Gruppenlebensversicherung ist aber nur durch das Fehlen einer staatlichen Sozialversicherung möglich geworden.

In *Deutschland* und *England* steckt die Gruppenlebensversicherung noch in den Kinderschuhen. Die Inanspruchnahme der Arbeitgeber durch die staatliche Sozialversicherung, ferner die andauernde wirtschaftliche Depression in England und die Währungszerrüttung in Deutschland sind bedeutsame Momente, die nicht wenig zur langsamen Entwicklung der Gruppenlebensversicherung in diesen Staaten [2]) beigetragen haben. Die Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern an die fünf Zweige der deutschen Sozialversicherung [3]) beliefen sich im Jahre 1925 auf die Summe von 2,547 Millionen Mark, ohne die neu hinzutretenden Leistungen an die Arbeitslosenversicherung. Durch diese hohe Belastung der

[1]) Die Metropolitain Life Insurance Company liess beispielsweise im Jahre 1925 durch von ihr angestellte Krankenpflegerinnen bei den auf Grund von Gruppenlebensversicherungsverträgen Versicherten 55.654 Krankenbesuche ausführen.

[2]) Untersuchungen über die langsame Entwicklung der Gruppenlebensversicherung in England. Referat gehalten am VIII. Internationalen Versicherungs-Kongress von Culley, London 1927.

[3]) Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Angestelltenversicherung und Knappschaftliche Pensionsversicherung.

deutschen Wirtschaft werden ohne Zweifel die Mittel für die private Fürsorgetätigkeit stark beschränkt. Wenn auch im September 1925 der Verband deutscher Lebensversicherungsgesellschaften Richtlinien für die Behandlung von Gruppenversicherungen aufstellte, so hat doch die Gruppenlebensversicherung bis heute noch nicht die Anerkennung, die ihr als Mittel der privaten Fürsorgetätigkeit gebührt, gefunden.

Die Entwicklung der Gruppenlebensversicherung in der *Schweiz* wurde bisher durch keine staatliche Sozialversicherung — abgesehen von einigen kantonalen Altersversicherungen — gehemmt. Noch wird einige Zeit verstreichen, bis die eidgenössische Sozialversicherung verwirklicht ist, die auf Grund des in der Volksabstimmung vom 6. Dezember 1925 angenommenen Verfassungsartikels eingeführt werden soll. Die Gruppenlebensversicherung hat sich daher in der Schweiz rasch entwickelt und gewinnt von Jahr zu Jahr an Bedeutung. Die Arbeitgeber, welche Fürsorgeeinrichtungen besitzen, suchen sich vor einer allzu starken finanziellen Belastung, die sie bei Einführung der staatlichen Sozialversicherung treffen könnte, schon heute zu schützen durch den Vorbehalt, dass die Beiträge an die freiwilligen Fürsorgeeinrichtungen um den Betrag, den sie als Pflichtteil an die staatliche Sozialversicherung zu entrichten haben, gekürzt werden.

Staatliche Sozialversicherung und Gruppenlebensversicherung stehen in wechselseitiger Beziehung; ihre Entwicklung und Ausgestaltung ist gegenseitig voneinander abhängig. Ergänzung und Vervollkommnung der staatlichen Sozialversicherung wird aber stets Aufgabe der Gruppenlebensversicherung bleiben.

Besonderer Teil.

I. Die Entwicklung der Gruppenlebensversicherung in der Schweiz

Die Einrichtung, Lebensversicherungen für eine Gesamtheit von Personen bei einem dritten Institut, einer Versicherungsgesellschaft, abzuschliessen, findet sich in der Schweiz bereits in den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Zu jener Zeit wurden die ersten Verträge zwischen Arbeitgebern und Versicherungsgesellschaften geschlossen, welche die Versicherung der gesamten Angestellten- oder Arbeiterschaft eines Arbeitgebers zum Zwecke hatten. Einer der ersten Versuche in dieser Beziehung wurde von der *Schweizerischen Nordostbahn-Gesellschaft* gemacht, die am 24. Dezember 1863 mit der Schweizerischen Lebensversicherungs- und Rentenanstalt in Zürich eine Gruppenlebensversicherung abgeschlossen hatte. Die Prämien der Versicherung wurden aus gemeinsamen Beiträgen des Arbeitgebers und der Arbeitnehmer bezahlt, während die versicherte Leistung in einer beim Tode des Versicherten fälligen Geldsumme bestand. Aber schon am 31. Dezember 1870 kündigte die Nordostbahngesellschaft den Versicherungsvertrag und errichtete eine selbständige Unterstützungskasse. Die Rentenanstalt in Zürich blieb lange Zeit die einzige Versicherungsgesellschaft in der Schweiz, die Versicherungsverträge abgeschlossen hat, wie sie heute unter dem Namen der Gruppenlebensversicherung bekannt sind.

Eine besondere Art der Gruppenversicherung hatte die Firma Rieter & Cie., Maschinenfabrik in Winterthur, die ihren Angestellten und Arbeitern Wohnhäuser zu einem sehr billigen Mietzinse zur Verfügung stellte unter der Bedingung, dass jeder Mieter sich bei der Rentenanstalt in Zürich mit einer jährlichen Einlage von mindestens 50 Franken versichere. Die Prämien wurden vom Arbeitgeber eingesammelt und im gesamten an die Versicherungsgesellschaft abgeführt. Angestellte oder Arbeiter, die aus der Firma austraten, konnten ihre Versicherung weiterführen. Der Firma, die einen Beitrag an die Versicherungsprämien leistete, stand es frei, diesen auch weiterhin zu entrichten, andernfalls wurde die versicherte Leistung entsprechend reduziert. Gruppenlebensversicherungsverträge hatten für kürzere Zeit die *Angestellten der Eisenbahn des «Jura industriel»* und die *Arbeiter der mechanischen Werkstätten in Olten.* Im allgemeinen aber war dieser Versicherungszweig in der Schweiz bis in die Nachkriegszeit unbekannt. Als industrielle und kaufmännische Unternehmungen ihre aus Kriegsgewinnen gebildeten Fonds auch zum Wohle der Angestellten und Arbeiter zu verwenden suchten, hat die eigentliche Entwicklung der Gruppenlebensversicherung eingesetzt, die noch besonders gefördert wurde durch die gesetzliche Bestimmung, dass Aufwendungen für Wohlfahrtsfonds und Versicherungen von der eidgenössischen Kriegsgewinnsteuer befreit waren. Rasch stieg die Zahl der jährlich

abgeschlossenen Versicherungsverträge und die Zahl der dadurch versicherten Personen. Beinahe sämtliche schweizerische Lebensversicherungsgesellschaften haben sich dem Geschäfte der Gruppenlebensversicherung zugewendet.

Deutlich zeigen uns die Angaben einer schweizerischen Versicherungsanstalt den Aufschwung, den die Gruppenlebensversicherung gerade in den letzten Jahren genommen hat [1]).

Jahr	Zahl der bei dieser Gesellschaft laufenden Gruppenlebensversicherungsverträge	Zahl der ausgestellten Policen	Zahl der Policen auf einen Vertrag
1923 . . .	141	11.933	85
1924 . . .	158	13.635	85
1925 . . .	189	15.861	83
1926 . . .	236	18.759	79
1927 . . .	308	23.000	74
1928 . . .	373	?	?

Die Zahl der auf einen Gruppenlebensversicherungsvertrag entfallenden Policen ist in stetem Sinken begriffen. Entfielen im Jahre 1923 noch 85 Policen auf einen Gruppenlebensversicherungsvertrag, so ist diese Zahl bis zum Jahre 1927 auf 74 gesunken. Diese Erscheinung zeigt, dass der Vorteil der Gruppenlebensversicherung gegenüber der selbständigen Versicherung immer mehr von Unternehmungen mit kleinem Personalbestand erkannt wird.

Umfassende Erhebungen des Bundesamtes für Sozialversicherung und des Zentralverbandes schweizerischer Arbeitgeber-Organisationen, die Ende des Jahres 1925 als Vorarbeiten zur eidgenössischen Sozialversicherung gemacht wurden, orientieren über den Umfang, in welchem durch private Versicherung das Versicherungsbedürfnis des Einzelnen befriedigt wird und inwiefern durch Fürsorgeeinrichtungen der Arbeitgeber für die nicht selbständig arbeitenden Berufsschichten gesorgt ist. Während die Erhebungen des Bundesamtes sich sowohl auf die Pensionskassen des Bundes, der Kantone, Gemeinden, öffentlichen Anstalten, Transportunternehmungen und Versicherungsanstalten zugunsten ihres Personals, als auch auf die bei den konzessionierten Versicherungsanstalten laufenden Einzel- und Gruppenlebensversicherungsverträge erstreckten, war es Aufgabe des Arbeitgeberverbandes, über die bei privaten Arbeitgebern bestehenden Fürsorgeeinrichtungen dem Bundesamte Bericht zu erstatten [2]). Die Gruppenlebensversicherung wurde daher sowohl in der Erhebung des Bundesamtes

[1]) Leider war es nicht möglich, entsprechende Ziffern von sämtlichen schweizerischen Versicherungsgesellschaften zu erhalten.

[2]) Der Arbeitgeberverband hatte sich gegenüber dem Bundesamt für Sozialversicherung verpflichtet, diese Erhebung durchzuführen.

als auch in derjenigen des Arbeitgeberverbandes berücksichtigt. Diese Erhebungen geben allerdings nur ein Bild über den Stand der Entwicklung der Gruppenlebensversicherung im Zeitpunkte der Erhebung; doch kann hieraus auf die Bedeutung und Verbreitung dieses Versicherungszweiges in der Schweiz im allgemeinen geschlossen werden [1]).

Die Bedeutung der Gruppenlebensversicherung im Rahmen des allgemeinen Lebensversicherungsgeschäftes der schweizerischen Versicherungsgesellschaften kann zahlenmässig durch einen Vergleich des versicherten Kapitals und der versicherten Renten im Gruppen- gegenüber dem Einzellebensversicherungsgeschäft erfasst werden [2]). Gesamtbetrag des versicherten Kapitals Ende des Jahres 1925:

a) bei der Einzellebensversicherung Fr. 2.377.305.415, —;
b) bei der Gruppenlebensversicherung Fr. 109.937.270, —.

Gesamtbetrag der versicherten Renten Ende des Jahres 1925:

a) bei der Einzellebensversicherung Fr. 9.270.328, —;
b) bei der Gruppenlebensversicherung Fr. 10.568.463, —.

Wenn auch der Gesamtbetrag des versicherten Kapitals bei der Gruppen- gegenüber der Einzellebensversicherung Ende des Jahres 1925 noch relativ gering war, so zeigt sich die besondere Bedeutung der Gruppenlebensversicherung als Pensionsversicherung in der Höhe der versicherten Renten. Während aber bei der Einzellebensversicherung beinahe ausschliesslich laufende Renten vorkommen, sind es bei der Gruppenlebensversicherung zum grossen Teil anwartschaftliche Renten. Diese Tatsache ist beim Vergleich obiger Zahlen in Berücksichtigung zu ziehen. Welche weitere bedeutsame Entwicklung im Gruppenlebensversicherungsgeschäft noch möglich ist, zeigt sich darin, dass diese beträchtlichen Kapital- und Rentenversicherungssummen von den Versicherungsgesellschaften in kaum einem Jahrzehnt erreicht werden konnten. Entsprechende Vergleiche hinsichtlich der bezahlten Prämien und der Deckungskapitalien im Einzel- und Gruppenlebensversicherungsgeschäft müssen infolge des für die Gruppenlebensversicherung fehlenden Zahlenmaterials unterbleiben.

Auch im Anteil, den die Gruppenlebensversicherung an der Gesamtzahl der in der Schweiz bestehenden Fürsorgeeinrichtungen hat, zeigt sich die bedeutende Stellung, die sich die Gruppenlebensversicherung in kürzester Zeit zu schaffen wusste. Von 982 Fürsorgeeinrichtungen privater Arbeitgeber in der Schweiz sind im Jahre 1925 179 oder etwas weniger als ein Fünftel Gruppenversicherungen [3]). Nach der Zahl der Versicherten betrachtet, ist allerdings der Anteil der Gruppen-

[1]) Die Erhebung des Bundesamtes für Sozialversicherung ist in der von ihm im Jahre 1929 herausgegebenen Schrift: «Die in der Schweiz bestehenden Einrichtungen für die Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung im Jahre 1925» veröffentlicht. Der Arbeitgeberverband hat in einer im August 1928 erschienenen Publikation die Resultate der von ihm durchgeführten Erhebung veröffentlicht.

[2]) Die Angaben über die Gesamtbeträge des versicherten Kapitals und der versicherten Renten im Einzellebensversicherungsgeschäft stammen aus dem Bericht des Eidg. Versicherungsamtes für das Jahr 1925, Bern 1927. Die Angaben für das Gruppenlebensversicherungsgeschäft sind mir vom Bundesamte für Sozialversicherung mitgeteilt worden.

[3]) Nach Angaben des Arbeitgeberverbandes in seiner Schrift: Die Fürsorge privater Unternehmungen für ihr Personal bei Alter, Invalidität und Tod. Zürich 1928.

lebensversicherung wesentlich geringer, da von den in obgenannten 982 Fürsorgeeinrichtungen versicherten 138.546 Personen lediglich 10.236 oder 7,4 % in der Form der Gruppenlebensversicherung versichert sind. Diese Zahlen zeigen, dass die Gruppenlebensversicherung hauptsächlich eine Form der Angestellten- und Arbeiter-Fürsorge kleiner, d. h. mit wenig Personal arbeitender Unternehmen ist. Vor allem haben sich deshalb Handelsfirmen, kleinere Banken, Treuhandinstitute usw., aber auch industrielle Unternehmungen, besonders der Textil- und Nahrungsmittelbranche, der Gruppenlebensversicherung bedient. Je grösser aber der durchschnittliche Personalbestand pro Unternehmen in einem Erwerbszweig ist, desto geringer ist auch der Anteil der Gruppenlebensversicherungen an der Gesamtzahl der Fürsorgeeinrichtungen. (Vgl. nachfolgende Tabelle nach Angaben des Arbeitgeberverbandes.)

Arbeitgebergruppe	Anzahl der Fürsorgeeinrichtungen		Zahl der in die Fürsorge einbezogenen Personen		Zahl der durchschnittlich auf eine Fürsorgeeinrichtung entfallenden Personen	
	Total	Davon in Form der Gr.-Vers.	Total	Davon in Form der Gr.-Vers.	Unter Berücksichtigung: aller Fürsorgeeinrichtungen	der durch Gr.-Vers. Versicherten
Maschinenindustrie . .	104	7	38.758	1177	372	168
Textilindustrie	224	40	44.298	4326	198	108
Nahrungsmittelindustrie	71	26	9.528	1766	134	68
Handel	104	38	3.625	741	35	20

Das sozialpolitisch erstrebenswerte Ziel der Fürsorge der gesamten Bevölkerung gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Tod und Invalidität kann ohne Zweifel einzig und allein durch eine auf öffentlich-rechtlicher Grundlage aufgebaute Sozialversicherung erreicht werden. Arbeitgeber wie Arbeitnehmer werden aber in jedem Falle an der Beibehaltung der bestehenden Fürsorgeeinrichtungen ein grosses Interesse haben, somit auch an einer gesunden Entwicklung des Gruppenlebensversicherungsgeschäftes, das langsam durch die immer weiter führenden Prämienunterbietungen der sich gegenseitig konkurrenzierenden Versicherungsgesellschaften in Frage gestellt wird. Durch gemeinsame Bestrebungen sämtlicher Lebensversicherungsgesellschaften sollte versucht werden, diesen volkswirtschaftlich und sozialpolitisch bedeutsamen Zweig des Lebensversicherungsgeschäftes in seiner Entwicklung zu fördern. Dieses Ziel könnte durch eine von sämtlichen schweizerischen Versicherungsgesellschaften errichtete *selbständige, schweizerische Gruppenlebensversicherungs-Anstalt*, der allein die Pflege des Gruppenlebensversicherungsgeschäftes in der Schweiz zusteht, erreicht werden. Die Bestimmung der rechtlichen Form dieser Anstalt, Aufbringung des Kapitals usw. wird Aufgabe der beteiligten Versicherungsgesellschaften sein. Damit sei lediglich eine Lösung der Frage angedeutet, wie eine, im Interesse der gesamten

Wirtschaft liegende gesunde Entwicklung der Gruppenlebensversicherung angestrebt werden kann. Die jährlich relative und absolute Zunahme der durch Gruppenlebensversicherung versicherten Personen wird dieser Frage in den nächsten Jahren erhöhte Bedeutung eintragen.

II. Der Gruppenlebensversicherungsvertrag in der Schweiz

1. Entstehung eines Gruppenlebensversicherungsvertrages

Reklame und Propaganda: Die Versicherungsgesellschaften suchen im Gruppen-, analog dem Einzellebensversicherungsgeschäft, mit Hilfe von Werbeschriften und persönlicher Bearbeitung durch Agenten und Fachleute den Abschluss von Versicherungsverträgen herbeizuführen. Mehr oder weniger kurze Orientierungen über Wesen und Zweck der Gruppenlebensversicherung verfolgen das Ziel, den Arbeitgeber von der Notwendigkeit der Fürsorge seiner Arbeitnehmer für die Zeiten wirtschaftlicher Not zu überzeugen und ihm im besonderen die Vorteile des Anschlusses an eine Lebensversicherungsgesellschaft gegenüber der Selbstversicherung nahezulegen. In solchen, allgemein gehaltenen Propagandaschriften wird der zukünftige Versicherungsnehmer über die Möglichkeiten und Arten einer Gruppenlebensversicherung, wie auch über die erforderlichen finanziellen Mittel orientiert. Ist einmal das Interesse des Arbeitgebers geweckt, so sucht die Versicherungsgesellschaft durch einen ihrer technischen Beamten den Abschluss des Vertrages in mündlichen und schriftlichen Verhandlungen anzustreben. Auf Grund eines vom Arbeitgeber einzureichenden Personalverzeichnisses mit Angaben über Alter, Dienstalter, Gehaltshöhe der zu versichernden Arbeitnehmergruppe macht die Versicherungsgesellschaft dem Arbeitgeber einen unverbindlichen und kostenlosen Voranschlag. Kann der Arbeitgeber diesem Vorschlag der Versicherungsgesellschaft nicht beistimmen, so hat er die Möglichkeit, auf anderer Grundlage mit beispielsweise reduzierten versicherten Leistungen weitere Berechnungen zu verlangen. Monate-, ja sogar jahrelang können sich diese Verhandlungen hinziehen, bis der Arbeitgeber sich endgültig entschlossen hat erstens, ob er überhaupt seine Fürsorgeeinrichtung in der Form der Gruppenlebensversicherung errichten will, und zweitens, mit welcher Gesellschaft er den Vertrag abzuschliessen gedenkt, da regelmässig Projekte mehrerer Versicherungsgesellschaften vorliegen werden.

Der Vertragsabschluss: Vertragsschliessende Parteien sind der Arbeitgeber — Firma — als Versicherungsnehmer und die Versicherungsgesellschaft als Versicherer. Sämtliche Rechte und Pflichten, die sich aus dem Vertrage ergeben, stehen ausschliesslich der Firma und der Versicherungsgesellschaft zu. Der Versicherte — Arbeitnehmer — steht in keinem direkten Vertragsverhältnis mit der Versicherungsgesellschaft.

Das Vertragsverhältnis zwischen Versicherungsgesellschaft und Arbeitgeber wird schriftlich niedergelegt. In diesem Vertragsdokument sind alle die Versicherung betreffenden Tatsachen enthalten, wie: Abgrenzung des Kreises der zu versichernden Personen, Umfang der Versicherung, Höhe der versicherten

Leistungen, Versicherungsansprüche bei Lösung des Arbeitsverhältnisses usw. Für den Versicherungsnehmer besteht die Pflicht, die Prämien für die Versicherten in *einem* Betrage an den Versicherer abzuführen. Jede Tatsache, die einen Anspruch des Versicherten aus dem Versicherungsvertrage begründet, muss dem Versicherer durch den Versicherungsnehmer angezeigt werden. Der Arbeitnehmer hat die Pflicht, seine Ansprüche ausschliesslich durch seinen Arbeitgeber geltend zu machen. Die Auszahlung der fälligen versicherten Leistungen erfolgt an den Versicherungsnehmer, der für die Weiterleitung der Leistung an den Versicherten verantwortlich ist. Das nicht durch Alter, Tod oder Invalidität erfolgte Ausscheiden von Versicherten und die damit verbundene eventuelle Abgabe der Versicherungspolice bedarf einer besondern Regelung im Versicherungsvertrag. Weitere notwendige Vertragsbestandteile sind Bestimmungen über Dauer und Kündigung des Vertrages sowie über die bei Auflösung des Vertrages den Versicherten zustehenden Rechte und Pflichten. Die Versicherungspolicen werden auf Grund des namentlichen Verzeichnisses der Versicherten mit Angabe des jeweiligen Empfangsberechtigten im Todesfalle des Versicherten ausgestellt und ausgehändigt. Dabei darf es lediglich als eine technische Frage betrachtet werden, ob für alle Versicherten nur eine Police ausgestellt wird und der Einzelne ein Certificat erhält, oder ob jeder Versicherte in den Besitz einer eigenen Police gelangt.

2. Die Zusammensetzung des als Gruppe versicherten Personenkreises

Die Frage nach der Zusammensetzung des als Gruppe versicherten Personenkreises scheint nach der Definition des Begriffes Gruppenlebensversicherung überflüssig, denn durch den Gruppenlebensversicherungsvertrag soll die Angestellten- oder Arbeiterschaft eines Arbeitgebers zwangsmässig versichert werden. Inwiefern kann aber doch von einer bestimmten Zusammensetzung des als Gruppe versicherten Personenkreises gesprochen werden?

Die obligatorisch zu versichernde Angestellten- oder Arbeiterschaft kann nach bestimmten Gesichtspunkten abgegrenzt werden. Voraussetzung ist, dass derjenige Teil von Angestellten oder Arbeitern, der versichert wird, als Ganzes betrachtet werden kann und nicht willkürlich zusammengesetzt ist. Die Möglichkeit individueller Auslese muss ausgeschlossen sein. Zu Beschränkungen des Personenkreises führen finanzielle Gesichtspunkte des Arbeitgebers; so können gewisse minimale Bedingungen aufgestellt werden — Festsetzen eines niedrigsten und höchsten Eintrittsalters oder einer Mindestdienstzeit —, die der Einzelne erfüllen muss, um in die Versicherungsgruppe aufgenommen zu werden. Durch solche Massnahmen können die Prämienkosten wesentlich reduziert werden. Die Grenze der Mindestzahl von Personen, die für den Abschluss einer Gruppenlebensversicherung notwendig ist, wurde von einzelnen Versicherungsgesellschaften sehr weit hinabgesetzt. Gruppenversicherungen für fünf Personen und weniger sind keine Seltenheit.

Dem Zwecke der Personalversicherung widerspricht es, jeden Angestellten oder Arbeiter ohne Rücksicht auf seine Tauglichkeit und Fähigkeit vom Momente

seiner Anstellung an ohne weiteres zu versichern. Das Bestreben geht vielmehr dahin, unbeständiges Personal von der Versicherung auszuschliessen. Personal, das noch in der Lehrzeit steht, soll nicht in die Versicherung einbezogen werden. Die stärksten Fluktuationen im Angestellten- oder Arbeiterbestand finden sich bei den erst seit kurzer Zeit Beschäftigten. Um daher die Kosten der Versicherung für die schon nach wenigen Monaten wieder aus dem Unternehmen Ausscheidenden zu vermeiden, wird von den Arbeitnehmern im allgemeinen eine Mindestdienstdauer verlangt, die normalerweise zwei bis fünf Jahre, in einzelnen Fällen bis zu 10 Jahren beträgt. Erst nach Ablauf dieses Zeitraumes erfolgt die Aufnahme in die Versicherung. Den gleichen Zweck — Kostenersparnis für stark wechselndes Personal — hat das Festsetzen einer untern Altersgrenze, während eine obere Altersgrenze einer starken Belastung der Gesamtprämie vorzubeugen sucht, die durch das für ältere Personen bestehende grössere Sterbe- und Invaliditätsrisiko sowie namentlich durch die kürzere Prämienzahlungsdauer verursacht wird. Besondere Bedeutung hat die Errichtung einer oberen Altersgrenze beim *Abschluss* eines Gruppenlebensversicherungsvertrages, denn, besteht einmal die Fürsorgeeinrichtung, so beschränkt sich der Zweck obiger Bestimmung auf die höchst seltenen Fälle der Einstellung von Personal in einem Alter von über 55 bis 60 Jahren. Häufig drängt aber gerade das ältere Personal zum Abschluss einer Versicherung. Ist kein Fonds vorhanden, der als Einmaleinlage verwendet werden kann, so besteht die Möglichkeit, durch ermässigte versicherte Leistungen die Prämienkosten zu verringern. Es wird sich dabei lediglich um ein Übergangsstadium handeln, das so lange dauert, als diese älteren Jahrgänge dem Unternehmen angehören. Eine andere Form der finanziellen Entlastung des älteren Personals besteht darin, dass der Arbeitgeber die gesamten Prämienkosten — die sich aus den individuellen Prämien für jeden Versicherten zusammensetzen — gleichmässig auf alle Gruppenversicherten ohne Rücksicht auf deren Alter verteilt. Für die jüngeren Angestellten und Arbeiter bedeutet dies eine schwere Belastung. Diese Art der Prämienverteilung ist vom Durchschnittsprämienverfahren, das bei der Gruppenlebensversicherung nicht angewendet werden darf, wohl zu unterscheiden.

Der Kreis der versicherten Personen kann auch durch das der Versicherungsgesellschaft vorbehaltene Recht, gewisse angemeldete Versicherungskandidaten zurückzuweisen, eingeschränkt werden. Im allgemeinen wird jedoch zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vereinbart, dass dem Anmeldezwang des Versicherungsnehmers ein Annahmezwang des Versicherers entspricht.

3. Umfang der Gruppenlebensversicherung, Versicherungsarten und Höhe der Leistungen

Die Gruppenlebensversicherung soll die wirtschaftliche Fürsorge des Arbeitnehmers und seiner Familie umfassen, die bei Alter, Invalidität und Tod notwendig ist. Wenn auch Alters- und Invalidenversicherung für den Arbeit*geber* grössere Bedeutung haben, so wird er doch im Interesse des Arbeit*nehmers* die Hinterbliebenenversicherung in die Fürsorgeeinrichtung einbeziehen.

Die *Altersversicherung* hat den Zweck, den Versicherten bei hohem Alter vor wirtschaftlicher Not zu schützen, die ihn infolge des Erwerbsausfalles treffen kann. Die Leistungen der Altersversicherung werden von einem im Vertrage zu vereinbarenden Alter an gewährt, ohne Rücksicht auf das Mass der zu dieser Zeit noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit. Gegenstand zahlreicher Erörterungen bildet die Festsetzung des Rücktrittsalters, d. h. desjenigen Altersjahres, in welchem der versicherte Arbeitnehmer in den Genuss der versicherten Leistung gelangt. Diese Altersgrenze nicht allzuweit hinaufzusetzen, liegt sowohl im Interesse des Arbeitgebers als auch des Angestellten oder Arbeiters. Jeweils entscheidend sind finanzielle Gesichtspunkte; denn je niedriger das Alter, das zur Leistung berechtigt, festgesetzt wird, desto teurer gestaltet sich die Versicherung. Beruf und Geschlecht des Versicherten sind bei der Festsetzung des Rücktrittsalters zu berücksichtigen. Nicht jeder Beruf stellt an den Einzelnen die gleichen Anforderungen. Die Altersermüdung wird nicht überall zur gleichen Zeit eintreten. Die Berechtigung zur versicherten Leistung wird bei weiblichem Personal früher als bei männlichem Personal der entsprechenden Berufsklasse anzusetzen sein. Normal wird als Rücktrittsalter bei männlichem Personal das 60. bis 65. Altersjahr, bei weiblichem das 55. bis 60. Altersjahr gewählt.

Die versicherte Leistung kann in der Form der Kapitalabfindung oder als Rente ausbezahlt werden. Die erstere Form überwiegt bei der Einzellebensversicherung [1]), während bei Gruppenlebensversicherungen das zahlenmässige Übergewicht der Kapital- gegenüber der Rentenversicherung lange nicht mehr so gross ist [2]). Die Rente oder Pension ist als eine teilweise Fortsetzung des Gehaltes gedacht und wird dem Berechtigten periodisch, im allgemeinen bis zu dessen Tode verabfolgt. Sie soll zur Befriedigung der notwendigsten Lebensbedürfnisse ausreichen. Der Versicherte ist nicht der Gefahr der Verschleuderung oder des Missbrauches des Rentenkapitals ausgesetzt. Bei der Kapitalversicherung besteht die versicherte Leistung in der Auszahlung einer einmaligen Summe. Der Versicherte hat damit die Möglichkeit, den gesamten Betrag auf eine Art und Weise zu verwenden, wie er ihm den grössten wirtschaftlichen Nutzen bringt. Dadurch, dass bei Kapitalabfindungen in besondern Fällen das Recht der Verwaltung des Geldes einer Bank vorbehalten bleibt, kann der Gefahr einer unrichtigen Verwendung des Kapitals vorgebeugt werden. Ein unbestreitbarer Vorteil der Kapitalversicherung ist die Möglichkeit einer jederzeitigen Umwandlung in eine Rente, während eine Rentenversicherung nur selten in eine Kapitalversicherung umgewandelt werden kann. Je nach den gegebenen Verhältnissen wird man zur Kapital- oder Rentenversicherung greifen. Für bestimmte Berufsschichten, deren Angehörige zeitlebens an ein festes Einkommen gewöhnt waren, wird die Rentenform vorteilhafter sein, für andere wiederum die Kapitalform.

---

[1]) Kapitalversicherungsbestand (Schweiz) (1925) 2377 Millionen.
Rentenversicherungsbestand . . . . . 9 »

[2]) Kapitalversicherungsbestand . . . . . 110 »
Rentenversicherungsbestand 10

Oft werden auch finanzielle Gesichtspunkte den Ausschlag geben, da bei den üblichen Leistungshöhen Kapitalversicherungen schon zu bedeutend niedrigeren Prämien als Rentenversicherungen abgeschlossen werden können. Die Kapitalversicherung, die einer Rentenversicherung gleichwertig ist, erfordert jedoch den gleichen Prämienaufwand.

Die Höhe der versicherten Leistungen wird sich nach den vorhandenen finanziellen Mitteln richten, die durch den eine Gruppenlebensversicherung abschliessenden Arbeitgeber aufgebracht werden können.

Man unterscheidet *einheitliche* sowie nach Dienstdauer und Besoldung *abgestufte* versicherte Leistungen. In jedem Falle muss die Höhe der versicherten Leistung bestimmt oder berechenbar sein und darf nicht im Ermessen des Versicherungsnehmers liegen.

Den Vorteil grösster Einfachheit, namentlich hinsichtlich der Prämienberechnung, bildet die Auszahlung einer einheitlichen Versicherungssumme an alle Versicherten, ohne Rücksicht auf deren Dienstalter oder Lohnhöhe. Diese einheitliche Versicherungssumme kann als Rente oder als einmalige Kapitalabfindung ausbezahlt werden. Um jedoch verhältnismässig hohe Kosten zu vermeiden, können nach dieser Versicherungsform nur niedrige Durchschnittsleistungen ausgerichtet werden.

Für die Bestimmung der Höhe der versicherten Leistung bilden Besoldung und Dienstdauer den ungleich feinern Massstab. Dadurch wird eine weitgehende individuelle Behandlung des einzelnen Arbeitnehmers gestattet.

1. Abstufung der versicherten Leistung nach der Lohnhöhe. Grundlage für die Berechnung der versicherten Leistung bildet im allgemeinen der Jahreslohn des Arbeitnehmers. Jeder Versicherte erhält eine Altersrente oder Kapitalabfindung in der Höhe eines bestimmten Prozentsatzes des zuletzt oder durchschnittlich bezogenen Jahreslohnes beim betreffenden Arbeitgeber.

2. Abstufung der versicherten Leistung nach der Dienstdauer. Mit zunehmender Dienstdauer steigen die versicherten Leistungen jährlich um einen gewissen Prozentsatz, bis nach einer bestimmten Anzahl von Jahren das Maximum erreicht wird.

Beispiel:

Zurückgelegte Dienstjahre	Versicherungssummen in Franken	Rente in Franken
5— 9	3000	600
10—14	4000	800
15—19	5000	1000
20—24	6000	1200
25—29	7000	1400
30 und mehr	8000	1600

3. Diese beiden Arten der Abstufung der versicherten Leistungen können auch kombiniert werden.

Die versicherten Leistungen werden in Prozenten der anrechenbaren Besoldung ausgedrückt und steigen mit zunehmenden Dienstjahren.

Beispiel:

Zurückgelegte Dienstjahre	Versicherungssumme in % des Gehalts	Rente in % des Gehalts
15	100	30
16	110	32
17	120	34
18	130	36
.	.	.
.	.	.
30	250	60

Die Wahl der Skala ist letzten Endes immer eine Kostenfrage.

Die *Hinterbliebenenversicherung* soll eine Fürsorge der Angehörigen des Versicherten bei dessen Tode sein und einen gewissen Ersatz für den durch dieses Ereignis bedingten Erwerbsausfall bilden. Die Bedeutung der Hinterbliebenenversicherung ist für den Versicherten am grössten in seinen jungen Jahren, wenn er noch kein Vermögen besitzt und die Kinder klein sind. Diese Tatsache wird bei der Bemessung der Höhe der versicherten Leistungen immer noch zu wenig berücksichtigt. Kapitalversicherungen auf den Todesfall, deren Höhe mit zunehmenden Dienstjahren steigt, bedeuten für den Versicherten keinen Vorteil. Sozialpolitische Gesichtspunkte sprechen in der Hinterbliebenenversicherung für hohe Leistungen an junge Versicherte. Die Höhe der versicherten Leistungen kann wie bei der Altersversicherung in Prozenten der Besoldung bestimmt werden und sich je nach Anzahl und Alter der vorhandenen Kinder richten. Sind die Kinder erwerbsfähig geworden oder verheiratet sich die Witwe wieder, so fällt der Zweck der Fürsorge dahin und die Fürsorgeleistungen werden eingestellt.

Die Verbindung von Alters- und Hinterbliebenenversicherung findet sich in der gemischten Versicherung. Die versicherte Leistung wird beim Tode des Versicherten fällig, spätestens aber bei Erreichung eines bestimmten Altersjahres — 55—65. Diese Versicherung kann nur in der Form der Kapitalversicherung abgeschlossen werden.

Die *Invaliditätsversicherung* soll den Versicherten gegen die ökonomischen Folgen der Invalidität schützen. Nach den Beobachtungen und Erfahrungen der letzten Jahrzehnte hat die Gefahr, invalid zu werden, unbestreitbar stark zugenommen, sowohl als Folge der Entwicklung und Ausbreitung des modernen Verkehrs und Wirtschaftslebens, wie auch namentlich als Folge der veränderten Arbeitsverhältnisse. Die zunehmende Bedeutung der Invaliditätsversicherung hat dazu geführt, diesen Versicherungszweig in die, ehemals nur als Pensionsversicherung — Alters- und Hinterbliebenenversicherung — gedachte, Gruppenebensversicherung einzubeziehen.

Unter Invalidität versteht man gänzliche oder teilweise durch Krankheit oder Körperverletzung verursachte Erwerbsunfähigkeit. Sie ist als Berufsinvalidität anzusprechen, sofern sie den Versicherten in der vollen Ausübung seines Berufes beeinträchtigt und dadurch seine Lebensstellung gefährdet. Die Bestimmung des Zustandes «Invalidität» ist oft schwierig, da der Begriff der Invalidität sehr dehnbar ist und tatsächlich auch sehr verschieden ausgelegt wird. Unverkennbare Merkmale, die den Versicherten in den Genuss der ver-

sicherten Leistung setzen — Eintritt des Todes, Erreichen eines bestimmten Altersjahres — fehlen bei der Invaliditätsversicherung. Je nachdem der Begriff der Invalidität enger oder weiter ausgelegt wird, verkleinert oder vergrössert sich die Zahl der Versicherungsleistungsberechtigten. Diesem Risiko sucht der Versicherer teilweise zu entgehen durch die Bestimmung, erst nach einer gewissen Zeitspanne, während der der Versicherte vollkommen arbeitsunfähig war, leisten zu müssen.

Die Leistungen aus der Invaliditätsversicherung können drei Formen annehmen:

1. Prämienbefreiung bei eintretender Invalidität.
2. Auszahlung einer Kapitalleistung.
3. Auszahlung einer Rente.

Wird als Versicherungsleistung eine Rente ausbezahlt, so ist die Dauer dieser Rentenzahlung begrenzt durch den Eintritt des Versicherten in den Genuss der Leistungen aus der Altersversicherung. Bei Teilinvalidität, die einen Sonderfall der dauernden Invalidität bildet — der Erwerbende ist nicht voll arbeitsunfähig, das heisst die Invalidität ist nicht hundertprozentig —, kann die Höhe der versicherten Leistungen, je nach dem Grad der Invalidität, verschieden angesetzt sein. Für den Verlust eines Auges, für die Amputation eines Armes oder Beines können bestimmte feste Leistungen zur Auszahlung gelangen, die ihr Maximum bei vollkommener Arbeitsunfähigkeit des Invaliden erreichen.

Mit dem Eintritt der Invalidität, sei es Teil- oder Vollinvalidität, tritt beim Versicherten eine Reduktion des normalen Arbeitsverdienstes ein, und die Zahlung weiterer Prämien für Alters- und Hinterbliebenenversicherung wird ihm Schwierigkeiten bieten. Diese Prämienzahlungen können dem Versicherten erspart werden, wenn das Invaliditätsrisiko von Beginn der Versicherung an in die Prämie einkalkuliert wird.

Die Verbindung von Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung zeigt untenstehendes Beispiel.

Zurückgelegte Dienstjahre	Todesfallsumme in % der anrechenbaren Besoldung	Alters- und Invalidenrenten in % der anrechenbaren Besoldung
5	100	35
6	110	36
7	120	37
8	130	38
9	140	39
30	350	60

Nach einer Mindestdienstdauer von fünf Jahren steigt die Todesfallsumme von 100 % der anrechenbaren Besoldung im fünften Dienstjahr auf ein Maximum von 350 % nach 30 Dienstjahren, die Altersrente und Invalidenrente steigt im gleichen Zeitraum von 35 auf 60 % der anrechenbaren Besoldung.

Die Kombination von Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliditätsversicherung, die vor allem auch im Interesse des Arbeitnehmers steht, findet sich bei fast allen in der Schweiz abgeschlossenen Gruppenlebensversicherungsverträgen.

4. Die Kosten einer Gruppenlebensversicherung und ihre Verteilung auf Versicherungsnehmer und Versicherte

Die *Berechnung der Prämien* für eine Gruppenlebensversicherung erfolgt unter Berücksichtigung der Risiken, welche die als Gruppe versicherten Angestellten oder Arbeiter dem Versicherer bieten. Die Gesamtprämie für die versicherte Gruppe erhält man aus der Summe aller Einzelpramien für die versicherten Angestellten oder Arbeiter. Die Gesamtprämie ist damit dem Risiko jeder einzelnen Gruppe angepasst. Ein Arbeitgeber mit vorwiegend jungem Personal wird entsprechend geringere Aufwendungen zu machen haben, als ein mit hauptsächlich älteren Arbeitskräften durchsetztes Unternehmen. Weibliche Personen verlangen durch ihr längeres Leben und ihre grössere Invaliditätsgefahr höhere Prämien, als für im entsprechenden Alter stehendes männliches Personal erforderlich ist. Durch den Wegfall der Witwenversicherung bei weiblichem Personal wird aber letztens die Prämienhöhe für beide Geschlechter nicht stark verschieden sein. Eine Mehrbelastung eines Arbeitgebers zugunsten eines andern ist bei den nach der individuellen Methode berechneten Prämien ausgeschlossen. Versicherungstechnisch zu verwerfen ist eine Prämienberechnung, die lediglich auf die Anzahl der zu versichernden Personen Rücksicht nimmt. Kein Unternehmen weist hinsichtlich seiner Alterszusammensetzung mit so und so viel anderen Unternehmungen vollkommene Übereinstimmung auf, und eine ungleiche finanzielle Belastung der einen gegenüber der andern versicherten Gruppe ist die Folge. Von praktischer Bedeutung war diese Art der Feststellung der Gesamtprämie bis heute nicht.

Die steigenden versicherten Leistungen erfordern entsprechend steigende Prämienleistungen. Diese können schon zu Beginn der Versicherungsdauer berücksichtigt und gleichmässig auf alle zu zahlenden Prämien umgelegt werden. Damit wird für die gesamte Prämienzahlungsdauer eine einheitliche konstante Prämie geschaffen. Die Anwendung dieses Verfahrens der Prämienzahlung auf die Versicherung einer Angestellten- oder Arbeitersehaft ist ungeeignet. Nur für die geringste Zahl von Angestellten oder Arbeitern steht es von vornherein fest, dass sie die skalenmässig erforderlichen Dienstjahre, um in den Genuss der versicherten Leistung zu gelangen, auch beim betreffenden Arbeitgeber erreichen. Sind erst die versicherten Leistungen in Prozenten der Besoldung festgesetzt, so werden schon nach wenigen Jahren, je nach Fähigkeit und Können des Einzelnen, dem Gehalt entsprechend verschiedene Prämien zu zahlen sein. Für den zu Prämienleistungen herbeigezogenen Arbeitgeber können dadurch jahrelang erhebliche Ausgaben entstehen für ungewisse spätere Verpflichtungen. Die Auslagen für die mit der Versicherungsdauer steigenden versicherten Leistungen sollen erst dann gemacht werden, wenn der Versicherte sie wirklich verdient hat. Es empfiehlt sich daher, für diese erhöhten versicherten Leistungen die Form der Nachversicherung zu wählen. Im Zeitpunkt des Übertritts in eine höhere Dienstaltersstufe oder bei Eintritt von Gehaltsaufbesserungen werden die Erhöhungen nach Vornahme ergänzender Nachversicherungen durchgeführt. Die Prämie eines im Unternehmen verbleibenden Angestellten oder

Arbeiters setzt sich demnach aus der erstmaligen Prämie und den Prämien der Nachversicherungen zusammen. Besonders mit Rücksicht auf die vorzeitig erfolgenden Austritte ist bei dieser Rechnungsart eine erhebliche Kostenersparnis möglich. Wenn sich auch die jährliche Prämie eines im Dienste des betreffenden Arbeitgebers bleibenden Angestellten oder Arbeiters erhöht, so werden die Jahresaufwendungen für einen grösseren Personalbestand nur geringen Schwankungen unterliegen; denn je grösser dieser Kreis der Versicherten ist, desto mehr wird sich ein Ausgleich zwischen Erhöhungen und Verringerungen in der Gesamtjahresprämie einstellen. Beschäftigt doch jeder Arbeitgeber im allgemeinen Personal aus den verschiedensten Altersstufen, solche, die bald in den Genuss der versicherten Leistung gelangen, und wieder andere, die durch Gehaltserhöhungen und längere Dienstdauer eine erhöhte Prämienzahlung notwendig machen. Bei neugegründeten Unternehmungen, die in der Regel über junges Personal verfügen, werden sich die jährlichen Aufwendungen im Laufe der Jahre vergrössern, bis eine gewisse Stabilität hinsichtlich Alter und Dienstdauer im Personalbestande erreicht ist. Im Zeitpunkt der Errichtung und in den nächsten Jahren ist der erforderliche Jahresaufwand an Prämien vielfach sehr hoch. Ein Grossteil derjenigen, die noch wünschen, in die Versicherung aufgenommen zu werden, steht in höherem Alter und verursacht durch die kurze Dauer der Prämienzahlung bis zum Eintritt des Versicherungsereignisses und wegen des hohen Barwerts der Anwartschaft auf Altersrente, weil kurz vor dem leistungsberechtigten Alter stehend, hohe Prämienkosten. Dadurch wird die Finanzierung des Fürsorgewerkes erschwert oder zum mindesten eine rationelle Ausgestaltung für die Zukunft verunmöglicht. Um die hohen Prämien in einer etwas erträglicheren Form bezahlen zu können, besteht die Möglichkeit, die Jahresprämie nicht nach dem im Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung geltenden Dienst- und Lebensalter zu berechnen, sondern so, wie sie sich gestalten würde, wenn das Fürsorgewerk von jeher bestanden hätte. Diese rückdatierten Prämien sind naturgemäss geringer und betragen oft nur die Hälfte des Betrages, der eigentlich entrichtet werden müsste. Der Unterschied der Barwerte der notwendigen und der zugrunde gelegten Jahresprämie ergibt die Höhe der Nachzahlung — den Fehlbetrag —, der als einmalige Summe an den Versicherer einbezahlt oder in Raten getilgt werden muss. Eine Kürzung der versicherten Leistungen für den Einzelnen tritt damit nicht ein. Relativ am einfachsten gestaltet sich diese Nachzahlung, wenn bereits ein Fonds für Fürsorgezwecke vorhanden ist, der als Einkaufssumme verwendet wird und dem einzelnen Angestellten oder Arbeiter nach Massgabe seines Dienst- und Lebensalters sowie der Höhe seiner Besoldung gutgeschrieben wird. Sind dagegen nur geringe oder gar keine Geldmittel vorhanden, die als Einkaufssumme verwendet werden können, so kann dieser Betrag dem Versicherungsnehmer durch den Versicherer oder einen Dritten — Bank — zur Verfügung gestellt, um dann während einer längeren Reihe von Jahren ratenweise getilgt zu werden.

Gewinnbeteiligung: Der Gruppenlebensversicherungsvertrag wird immer auf eine grössere Anzahl von Jahren geschlossen; seine Dauer kann unbeschränkt sein. Zweck jeder Versicherung ist die Deckung eines zufälligen Schadens, dessen

Eintreffen zeitlich nicht bestimmbar ist. *Durch die Gewinnbeteiligung besteht die Möglichkeit, dem Versicherten einen Anteil am günstigen Verlauf seiner Versicherung zu gewähren*, wodurch der Hauptzweck der Versicherung, Deckung eines zufälligen Schadens mit dem geringsten Kostenaufwand, erreicht wird. Verschiedene Gewinnbeteiligungssysteme, durch die dem Versicherungsnehmer in irgendeiner Art ein Anteil am Reinertrag eingeräumt wird, werden bei der Einzellebensversicherung schon seit geraumer Zeit angewendet und haben seit einigen Jahren auch bei der Gruppenlebensversicherung Eingang gefunden. Dem einzelnen Versicherungsnehmer wird die Wahl zwischen Tarifen mit oder ohne Gewinnbeteiligung offen gelassen. Tarife ohne Gewinnanteil weisen etwas niedrigere Prämiensätze auf und gestatten von vornherein einen genauen Überblick über die künftigen finanziellen Verpflichtungen. Bei Versicherungen mit Gewinnbeteiligung zieht andrerseits der Versicherungsnehmer den Nutzen, neben einem geringen Aufschlagsgewinn, aus dem Zinsgewinn und einem günstigern als vorgesehenen Verlauf der Sterblichkeit und Invalidität der Gesamtheit der versicherten Gruppen. Der Versicherungsnehmer wird daher Reinerträge, die ihm im Laufe der Zeit zufliessen können, bei der Beurteilung der Höhe der Prämien berücksichtigen müssen.

Im allgemeinen unterscheidet man natürliche und mechanische Dividendenpläne, je nachdem äusserlich mit dem jährlich zur Verteilung gelangenden Überschuss ein Zusammenhang besteht oder nicht. Erfolgt die jährliche Gewinnverteilung ohne Rücksicht auf den gerade im abgelaufenen Jahr wirklich erzielten Überschuss, sondern nach irgendeinem beliebigen Schlüssel, so spricht man von einem *mechanischen Gewinnsystem*. Beispielsweise kann jedem Versicherten eine feste, jährlich steigende Dividende, die nach einer Anzahl von Jahren ihr Maximum erreicht, garantiert werden. Durch die Bildung eines Gewinnfonds besteht die Gewähr, die Auszahlung der Dividende nach dem im voraus bestimmten Plan durchzuführen. Aber auch das mechanische Gewinnsystem basiert letzthin auf dem natürlichen.

Der *natürliche Dividendenplan* erstrebt eine möglichst baldige restlose Aufteilung der Betriebsüberschüsse auf die einzelnen Versicherungen unter genauer Berücksichtigung der Entstehung der Überschüsse aus den einzelnen Gewinnquellen. Diese Gewinnverteilung auf Grund einer exakten Gewinnanalyse ist dem mechanischen Dividendensystem insofern überlegen, als eine weitreichende Anpassungsfähigkeit an die tatsächlichen Verhältnisse möglich ist. Die Ausschüttung des Gewinnes erfolgt entweder direkt oder durch Vermittlung eines Dividendenausschussfonds. Ein Dividendendeckungskapital wird nicht gebildet. Den Ausgangspunkt aller Gewinnberechnungen bildet die Tarifprämie. Sie wird ermittelt auf Grund der Sterbetafel, unter Zugrundelegen eines bestimmten Zinsfusses und unter Einrechnung eines gewissen Betrages für Verwaltungskosten. Die Versicherungsprämie wird vom Versicherer so hoch angesetzt, dass ihm auch unter relativ ungünstigen Verhältnissen die Erfüllung der von ihm übernommenen Verpflichtungen möglich ist. Aus dem, gegenüber den gemachten Annahmen, tatsächlich günstigern Verlauf der Ereignisse in einem Versicherungsjahr ergibt sich der jährliche Gewinn, der an die Versicherten ausgeschüttet

wird. Den sich aus den drei Gewinnquellen — Sterblichkeit, Zins und Verwaltungskosten — ergebenden Gewinn regelt der sog. Kontributionsplan wie folgt:

a) Um den Anteil der einzelnen Versicherung an dem Gewinn aus der Sterblichkeit ermitteln zu können, muss die Gesellschaft sich einer Sterbetafel bedienen, deren Wahrscheinlichkeiten sich den eigenen Erfahrungen der Gesellschaft während der letzten Jahre so eng wie möglich anschliessen. Die unter Risiko stehende Versicherungssumme bildet den Massstab für die Verteilung des Sterblichkeitsgewinnes auf die einzelnen Versicherungen.

b) Zur Ermittlung des Anteils am Zinsgewinn wird zunächst nach der Betriebsrechnung der Gesellschaft der durchschnittliche Prozentsatz berechnet, zu dem sich die sämtlichen Kapitalanlagen der Gesellschaft tatsächlich verzinst haben. Die Differenz zwischen diesem tatsächlichen Zinsfuss und dem bei Berechnung der Prämien und der Deckungskapitalien benutzten, rechnungsmässigen Zinsfuss ergibt den Zinsgewinn.

c) Der Gewinn aus den Verwaltungskostenzuschlägen, die zu den Tarifprämien gemacht werden, ergibt sich als Differenz zwischen der Summe aller vereinnahmten Zuschläge und der Summe aller Ausgaben für Abschluss und laufende Kosten.

In der Gruppenlebensversicherung wird meist das natürliche System der Gewinnbeteiligung angewendet. Alle bei einer Versicherungsgesellschaft abgeschlossenen Gruppenversicherungen werden zu einem besonderen Gewinnverband zusammengeschlossen, für welchen der Gewinn nach obgenanntem Kontributionsplan ausgerechnet wird. Da die einzelnen Gruppenversicherungen einer Gesellschaft hinsichtlich ihrer Zusammensetzung, Höhe der Versicherungssummen und Art der Prämienzahlungen — rückdatierte Prämien und Einzahlung einer einmaligen Einkaufssumme oder Ratenzahlung — grosse Verschiedenheiten aufweisen, ist die Anwendung des mechanischen Gewinnsystems nicht möglich. Während der Sterblichkeitsgewinn und der Gewinn aus den Verwaltungskostenzuschlägen auf die einzelnen Gruppenversicherungen entsprechend der von jeder Gruppe bezahlten Jahresprämie verteilt wird, erfolgt die Verteilung des Zinsgewinnes auf Grund der Höhe des Deckungskapitals der einzelnen Versicherung. Je grösser allfällig geleistete Kapitaleinlagen — Einkaufssummen — sind, desto höher wird der Zinsgewinn einer versicherten Gruppe ausfallen. Wenn auch beim natürlichen Gewinnverteilungssystem im Prinzip keine Gewinnfonds gebildet werden, so machen die Versicherungsgesellschaften gleichwohl in günstigen Jahren gewisse Rücklagen, um auch bei schlechtern Geschäftsergebnissen eine Dividende ausschütten zu können.

Die Dividenden können durch den Versicherungsnehmer auf verschiedene Weise verwendet werden. So besteht die Möglichkeit, sie zur Erhöhung der normalen Versicherungssumme zu verwenden oder die Prämien des folgenden Jahres um den entsprechenden Betrag zu mindern. Schliesslich kann auch der betreffende Betrag an den Versicherungsnehmer bar ausbezahlt werden und diesem zur persönlichen Fürsorge seines Personals dienen, wie zur Schaffung von Wohlfahrtseinrichtungen. Die finanziellen Vorteile, die der einzelne Versicherte oder eine versicherte Gruppe von Personen am günstigen Verlauf seines beziehungs-

weise ihres Risikos besitzt bei Abschluss von Versicherungen mit Gewinnbeteiligung, haben diesen, gegenüber den zu nicht gewinnberechtigten Tarifprämien abgeschlossenen Versicherungen ein starkes Übergewicht gesichert. Der Konkurrenzkampf zwischen den einzelnen Versicherungsgesellschaften wird durch das System der Gewinnbeteiligung etwas verschleiert, da nicht ohne weiteres jene Gesellschaft mit den niedrigsten Prämientarifen die grössten finanziellen Vorteile bietet, sondern Art und Umfang der Gewinnbeteiligung spielen eine immer bedeutendere Rolle [1]). Keineswegs ist aber die Frage der Gewinnbeteiligung an die Voraussetzung einer bestimmten Gesellschaftsform gebunden — Aktiengesellschaft oder Gegenseitigkeitsanstalt —, sondern ist lediglich eine Frage der Tarifprämienpolitik.

Die Kosten einer Gruppenlebensversicherung werden wesentlich reduziert durch einen teilweisen oder totalen *Steuererlass* auf den für Prämien und anderweitige Beiträge an die Versicherung — Einlagen — verwendeten Geldmitteln. Die Einräumung derartiger finanzieller Vorteile hat die Entwicklung der Gruppenlebensversicherung günstig beeinflusst.

Hinsichtlich des Deckungskapitals scheint die Frage der Besteuerung keine Schwierigkeiten zu bieten. Was Pensionskassen und Versicherungsgesellschaften — vorausgesetzt, dass sie nach dem Deckungskapitalverfahren arbeiten — von den Versicherten an Prämien und Einlagen erhalten, ist als Deckung für die gleichzeitig angewachsenen Verpflichtungen anzusehen. Der Versicherer kann nicht nach freiem Willen über diesen Betrag verfügen, für ihn stellt er eine Schuld gegenüber den Versicherten dar. «Les réserves mathématiques représentent en tout temps la valeur actuelle des engagements de la société [2]).»

Die versicherungstechnischen Reserven einer Versicherungsgesellschaft oder Pensionskasse sind vom wirtschaftlichen Gesichtspunkt den Einlagen einer Ersparniskasse vergleichbar. Sie sind kein Vermögen des Versicherers und deshalb nicht zu besteuern. Diese Ansicht teilen sowohl das Eidgenössische Versicherungsamt wie auch die Kantone, in welchen die schweizerischen Versicherungsgesellschaften ihren Sitz haben [3]).

---

[1]) Bericht des Eidgenössischen Versicherungsamtes für das Jahr 1927, Bern, S. 60*, Tabelle 4 a. Die Anzahl der Policen von Kapitalversicherungen auf den Todesfall betrug am 31. Dezember 1927 bei sämtlichen schweizerischen Versicherungsgesellschaften 322,099, wovon:
mit Gewinnbeteiligung: 244,262 oder 76 %;
ohne Gewinnbeteiligung: 77,837 oder 24 %.

[2]) Schreiben des Eidgenössischen Versicherungsamtes an die Genfer Lebensversicherungs-Gesellschaft vom 2. Juni 1926, worin die Auffassung des Versicherungsamtes zur Frage der Besteuerung des Deckungskapitals zum Ausdruck gebracht wird.

[3]) Vgl. die Steuergesetze der Kantone Basel-Stadt, Genf, Zürich u. a., Gesetz des Kantons Basel-Stadt betreffend die Besteuerung der anonymen Erwerbsgesellschaften vom 23. Juni 1921.

Art. 3. In das steuerbare Kapital werden nicht eingerechnet: die ausschliesslich und dauernd für wohltätige oder gemeinnützige Zwecke bestimmten Fonds der Gesellschaft, sofern diese Fonds ausgeschieden und gesondert verwaltet werden und sofern die Verwendung nachweisbar so sichergestellt ist, dass jede zweckwidrige Verwendung des Vermögens und dessen Ertrages ausgeschlossen ist.

Im steuerbaren *Reinertrag* sind nicht inbegriffen Zuwendungen an die kapitalsteuerfreien Fonds der Gesellschaften für wohltätige oder gemeinnützige Zwecke.

Verschiedene Konflikte mit kantonalen Steuerbehörden zeigen jedoch, dass diese Anschauung noch nicht überall durchgedrungen ist [1]).

Die Steuerpraxis aller Kantone sollte so weit kommen, dass ausschliesslich und dauernd für wohltätige und gemeinnützige Zwecke bestimmte Fonds, die vom Geschäftsvermögen ausgeschieden sind und gesondert verwaltet werden, vom steuerbaren Kapital in Abzug gebracht werden dürfen, auch wenn einstweilen die gesetzliche Grundlage hiezu fehlt. Der Bund ist in dieser Hinsicht den meisten Kantonen vorangegangen, indem er für Wohlfahrtszwecke aufgewendete Mittel von der Eidgenössischen Kriegsgewinnsteuer befreite und auf den Quittungen der Versicherungsprämien für Gruppenlebensversicherungen keine Stempelabgaben erhebt [2]).

Die *Kosten* einer Gruppenlebensversicherung können theoretisch nach drei Möglichkeiten aufgebracht werden:

1. Der Arbeitgeber bezahlt die gesamte Prämie allein.
2. Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen sich in die Kosten.
3. Die Arbeitnehmer entrichten allein die gesamte Prämie.

Bezahlt der Arbeitgeber für jeden versicherungsberechtigten Arbeitnehmer die volle Prämie, so besteht die Gewähr für eine lückenlose Durchführung der Versicherung. Wo hingegen die Arbeitnehmer an die Kosten der Versicherung beizutragen haben, muss die Entlöhnung so hoch sein, dass unterschiedslos der Abzug des Beitrags an die Prämie vom Lohne des Versicherten vorgenommen

---

[1]) Urteil des Bundesgerichtes vom 20. Mai 1927 in Sachen Genfer Lebensversicherungs-Gesellschaft gegen Kanton Aargau.

Urteil des Bundesgerichtes vom 14. Juni 1926 in Sachen Pensionskasse des allgemeinen Revisorenverbandes in Aarau gegen Einwohnergemeinde Aarau und Obergericht Aargau.

Die Besteuerung der privaten Pensionskassen. «Der Bund» 1923, Nr. 510.

Die Besteuerung der privaten Personal-Fürsorgekassen. «Der Bund» 1923, Nr. 510.

[2]) Bundesbeschluss betreffend die neue ausserordentliche Kriegssteuer vom 28. September 1921. Art. 66 Absatz 3:

«Vom steuerbaren Reinertrag können Zuwendungen für Wohlfahrtszwecke in Abzug gebracht werden, sofern deren Verwendung für wohltätige oder gemeinnützige Zwecke in der Weise sicher gestellt wird, dass jede zweckwidrige Verwendung ausgeschlossen ist.»

Bundesgesetz betreffend die Abänderung und Ergänzung des Bundesgesetzes vom 4. Oktober 1917 über die Stempelabgaben und des Bundesgesetzes vom 25. Juni 1921 betreffend die Stempelabgaben auf Coupons vom 22. Dezember 1924.

VI. Abschnitt. Abgabe auf Quittungen für Versicherungsprämien.

Art. 43. Die Abgabe wird nicht erhoben auf Prämienquittungen:

d) Versicherungszweige

aa)

bb)

cc) Der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversicherung von Beamten, Angestellten und Arbeitern öffentlicher und privater Anstalten und Betriebe durch eigene Versicherungskassen oder durch den Abschluss von Gruppenversicherungsverträgen mit einer Versicherungsunternehmung, sofern der Arbeitnehmer nicht mehr als zwei Drittel der Kosten zu tragen hat. (Bundesblatt 1927, Band II, Seite 741.)

werden kann. Letztlich liegt es aber auch dann noch im Willen der Arbeitnehmer, ob die Versicherung in dem vom Arbeitgeber gewünschten Rahmen durchgeführt werden kann [1]).

Gruppenlebensversicherungen mit ausschliesslicher Bezahlung der gesamten Prämie durch die Arbeitnehmer können nur unter grossen Schwierigkeiten abgeschlossen werden. Das Aufbringen der finanziellen Mittel für die ganze Versicherung wird dem Arbeitnehmer nicht immer leicht fallen. Der Angestellte oder Arbeiter wird mit Recht darauf hinweisen, dass ihm bei etwas höheren Kosten der Abschluss einer Einzellebensversicherung möglich ist, die er seinen persönlichen Verhältnissen besser anzupassen vermag und ihm daher grösseren wirtschaftlichen Nutzen bietet. Derartige Gruppenlebensversicherungsverträge sind auch bis heute ohne Bedeutung geblieben.

Werden die Kosten einer Gruppenlebensversicherung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam getragen, so wird die finanzielle Grundlage der Versicherungseinrichtung erweitert, aber auch erzieherische und psychologische Momente sprechen für eine Teilung der Kosten. Regelmässige Beiträge des Arbeitnehmers fördern dessen Sparsamkeit, ohne jedoch bei ihm das Gefühl einer Bevormundung aufkommen zu lassen. Trägt der Arbeitnehmer selbst an die Kosten der Fürsorgeeinrichtung bei, so wird sein Interesse an ihr wachsen.

Das Verhältnis der Kostenverteilung kann verschieden bestimmt werden. Im allgemeinen trägt der Arbeitgeber den grössern Anteil an der Gesamtprämie, relativ selten werden die Kosten zu gleichen Teilen getragen. Der Beitrag von Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird in Prozenten der Besoldung des Arbeitnehmers festgesetzt.

Beispiel: Beitragsverhältnisse vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Beitrag des Arbeitgebers in % der Besoldung	Beitrag des Arbeitnehmers in % der Besoldung
4	5
5	5
6	5
7	5
8	5
10	5

Bei Wochen- oder Monatslohn ist für die Berechnungen der durchschnittliche Jahreslohn massgebend. Ist der Arbeitnehmer im Stundenlohn angestellt, so wird sein durchschnittlicher Jahreslohn aus dem Produkt Wochenstunden (48) mal Arbeitswochen (50) gebildet. Der Jahreslohn ist die Summe sämtlicher Stundenlöhne (2400). Bei Akkordlohn wird für einen bestimmten Zeitabschnitt ein Durchschnittsstundenlohn berechnet und analog wie oben der Jahreslohn festgestellt.

[1]) Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908, Art. 74.

5. Vorzeitiges Ausscheiden eines Versicherten aus der Versicherungsgruppe

Von unmittelbarem Interesse für den Versicherten ist die Frage des Einflusses seines vorzeitigen Austrittes aus der Gruppe der Versicherten auf seine, ihm erst in einem spätern Zeitpunkt zukommenden versicherten Leistungen. Als vorzeitiger Austritt ist dabei die Auflösung des Dienstvertrages verstanden, die nicht als Folge von Alter, Invalidität oder Tod eintritt. Dem Versicherten kann es nicht gleichgültig sein, ob er des ganzen oder auch nur eines Teiles des ihm aus der Versicherung zustehenden Anspruches auf die versicherte Leistung bei vorzeitigem Austritt verlustig geht. Der Versicherte kann gegen den Arbeitgeber einen rechtlichen Anspruch erheben auf eine, seinem Beitrag an die Prämienkosten entsprechende versicherte Leistung. Bei Versicherungen mit Prämienrückgewähr kann er die Rückzahlung der von ihm entrichteten Prämienbeiträge verlangen, abzüglich des auf ihn entfallenden Beitrages an die Risikoprämie. Auch der Arbeitgeber hat das Recht, sofern er nicht ausdrücklich im Vertrag darauf verzichtet hat, seine Beiträge an die Versicherung bei vorzeitigem Ausscheiden eines Arbeitnehmers zurückzufordern. Durch die volle Ausnützung dieses dem Arbeitgeber zustehenden Rechtes wird aber der Wert einer Gruppenlebensversicherung erheblich gemindert. Jener grosse Vorteil der Gruppenlebensversicherung gegenüber den selbständigen Pensions- und Hilfskassen, der in der bedeutend geringeren Einschränkung der Freizügigkeit des Arbeitnehmers liegt, würde dadurch wegfallen. Dem Arbeitnehmer wäre die Weiterführung der Versicherung bei vorzeitigem Austritt erschwert. In jedem Falle wird bei groben Verletzungen des Dienstvertrages oder Veruntreuungen des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitgeber dieser sich das Recht wahren, die Prämien zur Deckung eventuell angerichteten Schadens zu verwenden. Bei ordnungsgemässem Austritt des Arbeitnehmers besteht die einfachste und gerechteste Regelung in der Abtretung des Versicherungsanspruches an den ausscheidenden Arbeitnehmer. Die Police wird ihm ausgehändigt, und er hat die Möglichkeit, die Versicherung auf eigene Kosten weiterzuführen, indem er die ganze Prämie selbst bezahlt oder bei reduzierten versicherten Leistungen eine Teilprämie entrichtet. Die Versicherung kann auch in eine prämienfreie oder eine andere Versicherungsart umgewandelt werden — Umwandlung einer Rentenversicherung in eine Kapitalversicherung. — Die einzelne Police einer Gruppenlebensversicherung wird damit zu einer Einzellebensversicherung gemacht. Der Versicherte kann, ohne sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu müssen, die Versicherung weiterführen. Diese Möglichkeit ist für den Versicherten von ungleich grösserem Vorteil, als wenn ihm die bezahlten Prämien zurückerstattet werden. Leicht könnte er in die Gefahr der Verschleuderung der an ihn ausgehändigten Summe kommen. Steht er bereits in einem fortgeschrittenen Alter, so wird es zudem für ihn schwierig sein, sich wieder zu versichern oder in eine Pensionskasse aufgenommen zu werden. Gerade in diesem Punkte zeigt sich die Überlegenheit der Gruppenlebensversicherung gegenüber den selbständigen Pensionskassen, bei welchen im allgemeinen die Weiterführung der Versicherung für ausscheidende Angestellte oder Arbeiter nicht möglich ist, allein aus rein technischen Gründen.

6. Auflösung des Gruppenlebensversicherungsvertrages und die Folgen für die Versicherten

Der Gruppenlebensversicherungsvertrag wird, wie jeder andere Vertrag, auf eine zeitlich bestimmte Dauer abgeschlossen, von welchem Zeitpunkt an der Vertrag von beiden Parteien unter Einhaltung einer bestimmten Frist gekündigt werden kann. Um dem Vertrag einen gewissen Grad von Stabilität zu verleihen, wird er meist auf die Dauer mehrerer Jahre abgeschlossen — normal auf fünf bis zehn Jahre —, wobei die Parteien vereinbaren können, dass nach Ablauf dieser Zeit, ohne Kündigung von einer Seite, der Vertrag für weitere fünf bis zehn Jahre in Kraft bleibt. Wird der Vertrag aus irgendeinem Grunde — Auflösung, Konkurs des Unternehmens — vom Arbeitgeber gekündigt, so wird die Versicherung für die im Zeitpunkt der Kündigung bereits Versicherten weitergeführt. Die Versicherungen werden den einzelnen Versicherten zu Eigentum abgetreten und ihnen die Police ausgehändigt. Der Vertrag kann aber auch gekündigt werden, und gleichwohl wird die Gruppenversicherung für die bereits Versicherten als Ganzes weitergeführt. Fehlende finanzielle Mittel können den Arbeitgeber zu diesem Schritt zwingen. Die Versicherung kann mit den Beiträgen der Versicherten oder prämienfrei bei reduzierten Versicherungsleistungen fortgesetzt werden. Dies kann besonders bei schlechtem Geschäftsgang der Fall sein, wenn dem Versicherungsnehmer während einiger Jahre die Entrichtung seiner Beiträge an die Versicherung unmöglich wird.

7. Regelung des Innenverhältnisses zwischen Versicherungsnehmer und Versicherten

Der Gruppenlebensversicherungsvertrag regelt die Rechtsverhältnisse zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer, während die aus der Fürsorgeeinrichtung sich ergebenden Rechtsverhältnisse zwischen Versicherungsnehmer und Versicherten in einem besonderen Reglement geordnet werden müssen. Die Bestimmungen des Gruppenlebensversicherungsvertrages bilden die Grundlage dieses Fürsorgereglementes, das gewöhnlich ein Bestandteil des Dienstvertrages ist, da durch den Gruppenlebensversicherungsvertrag die gesamte Angestellten- oder Arbeiterschaft eines Arbeitgebers, wie auch jeder neueintretende Arbeitnehmer, sofern er eine bestimmte Mindestdienstdauer aufweist, versichert wird. Dem Arbeitnehmer wird das Reglement bei seiner definitiven Anstellung ausgehändigt unter Beiheftung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliditätsversicherung derjenigen Versicherungsgesellschaft, mit welcher der Vertrag geschlossen wurde. Bei der Aufstellung des Fürsorgereglementes ist der Versicherungsnehmer in seinen Vereinbarungen mit der zu versichernden Angestellten- oder Arbeiterschaft frei, soweit ihm durch den Vertrag mit dem Versicherer keine Grenzen gezogen sind. Trotzdem sind diese Fürsorgereglemente bei jeder Gruppenlebensversicherung in ihrem Aufbau und Inhalt einander sehr ähnlich. Diese Tatsache lässt sich darauf zurückführen, dass diese Reglemente meist von den Versicherungsgesellschaften entworfen werden, die über langjährige Erfahrungen und geeignete

Fachleute verfügen. Vor allem müssen die Rechte und Pflichten, die dem Angestellten oder Arbeiter aus dem Gruppenlebensversicherungsvertrag erwachsen, reglementarisch festgelegt werden. Abgrenzung des Kreises der versicherungsberechtigten Personen nach Alter, Geschlecht und Dienstzeit. Bestimmen und Auslegen der Begriffe Tarifalter, anrechenbare Dienstzeit, anrechenbare Besoldung. Angaben über die Kostendeckung der Versicherung, im besonderen der Beiträge der Versicherten und andrerseits deren Anspruch auf Versicherungsleistungen, bestimmt nach Art und Höhe. Besondere aussergewöhnliche, nicht mit Bestimmtheit voraussehbare Ereignisse werden soweit wie möglich ebenfalls berücksichtigt. Regelung des Versicherungsanspruches bei Austritt des Versicherten. Rechtsverhältnisse zwischen Versicherungsnehmer und Versicherten bei Liquidation oder Fusion des Unternehmens. Bestimmungen, die bei Einführung der staatlichen Sozialversicherung Anwendung finden werden. Damit sind die wichtigsten Punkte genannt, die in einem Fürsorgereglement erwähnt werden müssen, um jeden Versicherten, was seine eigene Person betrifft, über den Umfang der ihm aus der Gruppenlebensversicherung in Gegenwart und Zukunft erwachsenden Rechte und Pflichten zu orientieren.

Anhang

Musterbeispiel eines Gruppenlebensversicherungsvertrages

Vertrag zwischen der Unternehmung X

und der

Versicherungsgesellschaft Y

A. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1

Umfang der Versicherung

Die Unternehmung X versichert auf Grund ihres Fürsorgereglementes ihre ständigen Angestellten und Arbeiter bei der Versicherungsgesellschaft Y.

Sie verpflichtet sich, das gesamte gegenwärtige und künftige Personal, das eine Mindestdienstdauer von zwei Jahren aufweist, bei der Versicherungsgesellschaft Y zur Versicherung anzumelden, unter Einreichung sorgfältig ausgefüllter Versicherungsanträge.

Art. 2

Die Versicherungsgesellschaft Y verpflichtet sich, die ihr von der Unternehmung X angemeldeten Personen nach ihren Tarifen für Gruppenlebensversicherungen mit Gewinnanteil ohne gesundheitliche Auslese aufzunehmen.

Art. 3

Von der Aufnahme in die Versicherung sind ausgeschlossen:

a) Personen, die an demjenigen 1. Juli, an dem sie versichert werden sollen, noch nicht 25 Jahre alt sind oder das 50. Altersjahr bereits überschritten haben;

b) Personen, die im Zeitpunkt, in dem sie versicherungsberechtigt würden, infolge von Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig sind. Diese Personen können nach Wiedergenesung auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses in die Versicherung aufgenommen werden.

Art. 4

Beginn der Versicherung

Das Versicherungsjahr beginnt jeweils am 1. Juli. Neu- oder Nachversicherungen werden stets auf den dem begründenden Ereignis folgenden 1. Juli abgeschlossen.

Art. 5

Anrechenbare Dienstjahre

Als Dienstjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis zum 1. Juli des nächstfolgenden Jahres, die ununterbrochen im Dienste der Unternehmung X zugebracht wurde. Vor dem 20. Altersjahr zurückgelegte Dienstjahre werden nicht angerechnet.

Ist das Dienstverhältnis mehr als ein halbes Jahr unterbrochen worden, so wird die Zeit des Unterbruchs bei Berechnung der Dienstjahre in Abzug gebracht. Bruchteile von einem halben Jahr und mehr werden als ganzes Jahr angerechnet, Bruchteile unter einem halben Jahr kommen in Wegfall.

Art. 6

Die Dienstjahre werden den zur Zeit des Inkrafttretens dieses Vertrages im Dienste der Unternehmung X stehenden Personen rückwirkend angerechnet.

Art. 7

Anrechenbare Besoldung

Als anrechenbare Besoldung gilt der feste Jahresgehalt, den der Versicherte an demjenigen 1. Juli bezieht, auf den die Neu- oder Nachversicherung abzuschliessen ist.

Nebenbezüge und vorübergehende Zulagen, Teuerungszulagen, Tantiemen, Gratifikationen, Vergütung für Überstunden, Besoldungsausfälle bei Militärdienst werden nicht in die Besoldung eingerechnet.

Bei nicht festem Jahresgehalt wird die anrechenbare Besoldung durch den Versicherungsnehmer festgesetzt.

B. Versicherte Leistungen

Art. 8

Abfindungen an Dienstunfähige

Die Abfindung an Versicherte, die während der ersten fünf Dienstjahre dienstunfähig geworden sind, beträgt in Prozenten der anrechenbaren Besoldung:

50	%	im angetretenen	ersten	Dienstjahr
75	%	»	zweiten	»
100	%	»	dritten	»
125	%	»	vierten	»
150	%	»	fünften	»

Die Abfindungen verfallen am ersten Tage des ersten Monats, in dem die Besoldung nicht mehr bezahlt wird.

Art. 9

Altersversicherung

Versicherte, die mindestens 25 anrechenbare Dienstjahre in der Unternehmung X geleistet haben, erwerben nach zurückgelegtem 60. Altersjahr — weibliche Personen — und 65. Altersjahr — männliche Personen — das Recht des freiwilligen Rücktrittes.

Je nach der Anzahl der zurückgelegten Dienstjahre wird die Höhe der Altersrente in Prozenten der anrechenbaren Besoldung berechnet nach folgender Skala:

Zurückgelegte Dienstjahre	Rente in Prozenten der anrechenbaren Besoldung
25	50
26	51
27	52
28	53
29	54
—	—
—	—
34	59
35	60

Art. 10

Hinterbliebenenversicherung

Zur Auszahlung gelangen beim Tode eines Versicherten ohne Anrechnung einer Wartefrist:

a) Witwenrenten, zahlbar an die überlebende Ehefrau bis zu deren Ableben oder Wiederverheiratung, in Höhe von 30 % der anrechenbaren Besoldung;

b) Waisenrenten, zahlbar an die beim Ableben des Versicherten vorhandenen Kinder unter 18 Jahren in Höhe von 5 % der anrechenbaren Besoldung für jedes Kind. Im Maximum werden 15 % an einfache Waisen und 30 % an Doppelwaisen ausbezahlt.

Art. 11

Die Witwen- und Waisenrente beginnt mit dem ersten Tag für den die Besoldung des Versicherten nicht mehr ausbezahlt wird.

Art. 12

Invaliditätsversicherung

Zur Auszahlung gelangen im Invaliditätsfalle nach fünf zurückgelegten Dienstjahren Invalidenrenten, in Prozenten der anrechenbaren Besoldung berechnet, unter Berücksichtigung der zurückgelegten Dienstjahre, nach folgender Skala:

Zurückgelegte Dienstjahre	Renten in Prozenten der anrechenbaren Besoldung
5	35
6	36
7	37
8	38
-	—
-	—
-	—
28	58
29	59
30 und mehr	60

C. Kostendeckung

Art. 13

Einlagen

Die Unternehmung X leistet bei Abschluss des Vertrages zur Ermässigung der künftigen Jahresprämien eine Einmaleinlage von Fr. 100.000 Valuta 1. Juli 1928. Die Höhe der Einlage bei den einzelnen versicherten Personen richtet sich nach der Höhe der versicherten Leistung, nach dem Lebensalter sowie nach der Anzahl der zurückgelegten Dienstjahre.

Art. 14

Prämien

Die Prämien sind von der Unternehmung X für jede zu versichernde Person zu entrichten bis zum Schluss desjenigen Versicherungsjahres, in dem der Versicherte stirbt, letztmals aber im Alter von 59 — weibliche Personen — und 64 — männliche Personen — Jahren, sofern nicht infolge von Invalidität schon früher Prämienbefreiung eintritt.

Die Erhöhung der versicherten Leistungen, auf die eine versicherte Person, gemäss Art. 8 und 10 dieses Vertrages beim Übertritt in eine höhere Dienstalterssstufe Anspruch hat, ist durch den Abschluss von Nachversicherungen herbeizuführen. Diese Nachversicherungen umfassen die Differenz zwischen den bereits bestehenden Versicherungen und den nach der Skala insgesamt zu versichernden Leistungen. Bei Festsetzung der Prämien für die Nachversicherungen wird das jeweils erreichte Alter zugrunde gelegt.

Die Nachversicherungen sind von der Unternehmung X ohne besondere Anträge der Versicherungsgesellschaft Y aufzugeben.

Art. 15

Gewinnbeteiligung

Die Versicherung ist *mit* Gewinnbeteiligung des Versicherungsnehmers abgeschlossen.

D. Rechtsverhältnisse

Art. 16

Versicherer und Versicherungsnehmer

Die Unternehmung X ist hinsichtlich der nach diesem Vertrage abzuschliessenden Versicherungen Versicherungsnehmerin, solange eine Abtretung des Versicherungsanspruches nicht erfolgt.

Aller Verkehr betreffend die auf Grund dieses Vertrages abgeschlossenen Versicherungen vollzieht sich ausschliesslich zwischen der Unternehmung X und der Versicherungsgesellschaft Y.

Alle Leistungen aus der Versicherung erfolgen rechtsgültig gegen Quittung an die Unternehmung X, soweit diese nicht anders bestimmt.

Art. 17

Vorzeitiges Ausscheiden eines Versicherten

Scheidet eine versicherte Person aus andern Gründen als Alter, Tod, Invalidität aus dem Dienste der Unternehmung X aus, so kann ihr, sofern sie mindestens 10 Dienstjahre zurückgelegt hat, die Police zur Weiterführung auf eigene Rechnung übertragen werden. Die Versicherungsgesellschaft Y verpflichtet sich dabei, die Versicherung zu den in der Police festgesetzten Bedingungen fortzuführen.

Art. 18

Auflösung des Vertrages

Bei Auflösung dieses Vertrages werden die Policen den einzelnen Versicherten zu Eigentum abgetreten. Es steht ihnen frei, die Beiträge für die Versicherung selbst zu bezahlen oder Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie zu verlangen.

Art. 19

Regelung des Innenverhältnisses von Versicherungsnehmer und Versicherten

Für das Innenverhältnis von Versicherungsnehmer und Versicherten ist das Fürsorgereglement massgebend.

E. Schlussbestimmungen

Art. 20

Zustellung von Änderungen im Zivilstand und in der Besoldung der Versicherten

Die Unternehmung X teilt der Versicherungsgesellschaft Y alljährlich die Änderungen in der Besoldung der versicherten Personen mit sowie die im Vorjahr eingetretenen Veränderungen im Zivilstand. Bei Verheiratung oder Wiederverheiratung eines versicherten Angestellten ist zudem das Geburtsdatum der Ehefrau, beim Ableben eines Versicherten oder dessen Ehefrau ist das Geburtsdatum der Kinder unter 18 Jahren mitzuteilen.

Art. 21

Gültigkeitsdauer und Kündigung des Vertrages

Dieser Vertrag tritt auf den 1. Juli 1928 in Kraft und ist gültig bis zum 1. Juli 1938.

Findet mindestens drei Monate vor Ablauf dieser Frist keine Kündigung statt, so dauert der Vertrag je weitere fünf Jahre mit der gleichen Kündigungsfrist fort.

Art. 22

Erfüllungsort und Gerichtsstand

Erfüllungsort für beide Teile sind die Geschäftsräume der Versicherungsgesellschaft Y in M.

Ordentlicher Gerichtsstand für etwaige Streitigkeiten aus dem Vertrag ist M.

N., den 1. Juli 1928.

Für die Unternehmung X,
Die Direktion: (Unterschrift).

M., den 1. Juli 1928.

Für die Versicherungsgesellschaft Y,
Die Direktion: (Unterschrift).

Musterbeispiel eines Fürsorgereglementes

Fürsorgeeinrichtung der Unternehmung X

Reglement
über die Versicherung der Angestellten und Arbeiter

A. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1

Zweck

Die Unternehmung X schafft für ihre gegenwärtigen und künftigen Angestellten und Arbeiter eine Fürsorgeeinrichtung, um sie gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Tod und Invalidität zu versichern.

Art. 2

Versicherer

Die Versicherungen werden bei der Versicherungsgesellschaft Y abgeschlossen. Die Gesellschaft verpflichtet sich, die Versicherungen ohne ärztliche Untersuchung anzunehmen.

Art. 3

Versicherungsberechtigte Personen

Das gesamte gegenwärtige und künftige Personal, das eine Mindestdienstdauer von 2 Jahren aufweist, ist versicherungsberechtigt.

Art. 4

Beginn der Versicherung

Das Versicherungsjahr beginnt jeweils am 1. Juli. Neu- oder Nachversicherungen werden stets auf den dem begründenden Ereignis folgenden 1. Juli abgeschlossen.

Art. 5

Anrechenbare Dienstjahre

Als Dienstjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis zum 1. Juli des nächstfolgenden Jahres, die ununterbrochen im Dienste der Unternehmung X zugebracht wurde. Vor dem 20. Altersjahr zurückgelegte Dienstjahre werden nicht angerechnet.

Ist das Dienstverhältnis mehr als ein halbes Jahr unterbrochen worden, so wird die Zeit des Unterbruchs bei Berechnung der Dienstjahre in Abzug gebracht. Bruchteile von einem halben Jahr und mehr werden als ganzes Jahr angerechnet, Bruchteile unter einem halben Jahr kommen in Wegfall.

Art. 6

Die Dienstjahre werden den zur Zeit des Inkrafttretens dieses Vertrages im Dienste der Unternehmung X stehenden Personen rückwirkend angerechnet.

Art. 7

Anrechenbare Besoldung

Als anrechenbare Besoldung gilt der feste Jahresgehalt, den der Versicherte an demjenigen 1. Juli bezieht, auf den die Neu- oder Nachversicherung abzuschliessen ist.

Nebenbezüge und vorübergehende Zulagen, Teuerungszulagen, Tantiemen, Gratifikationen, Vergütung für Überstunden, Besoldungsausfälle bei Militärdienst werden nicht in die Besoldung eingerechnet.

Bei nicht festem Jahresgehalt wird die anrechenbare Besoldung durch den Versicherungsnehmer festgesetzt.

B. Versicherte Leistungen

Art. 8

Abfindungen an Dienstunfähige

Die Abfindung an Versicherte, die während der ersten fünf Dienstjahre dienstunfähig geworden sind, beträgt in Prozenten der anrechenbaren Besoldung:

50 % im angetretenen ersten Dienstjahr
75 % » » zweiten »
100 % » » dritten »
125 % » » vierten »
150 % » » fünften »

Die Abfindungen verfallen am ersten Tag des ersten Monats, in dem die Besoldung nicht mehr bezahlt wird.

Art. 9

Altersversicherung

Versicherte, die mindestens 25 anrechenbare Dienstjahre in der Unternehmung X geleistet haben, erwerben nach zurückgelegtem 60. Altersjahr — weibliche Personen — und 65. Altersjahr — männliche Personen — das Recht des freiwilligen Rücktritts.

Je nach der Anzahl der zurückgelegten Dienstjahre wird die Höhe der Altersrente in Prozenten der anrechenbaren Besoldung gerechnet nach folgender Skala:

Zurückgelegte Dienstjahre	Rente in Prozenten der anrechenbaren Besoldung
25	50
26	51
27	52
28	53
—	—
—	—
—	—
34	59
35	60

Art. 10

Hinterbliebenenversicherung

Zur Auszahlung gelangen beim Tode eines Versicherten ohne Anrechnung einer Wartefrist:

a) Witwenrenten, zahlbar an die überlebende Ehefrau bis zu deren Ableben oder Wiederverheiratung, in Höhe von 30 % der anrechenbaren Besoldung;

b) Waisenrenten, zahlbar an die beim Ableben des Versicherten vorhandenen Kinder unter 18 Jahren in Höhe von 5 % der anrechenbaren Besoldung für jedes Kind. Im Maximum werden 15 % an einfache Waisen und 30 % an Doppelwaisen ausbezahlt.

Art. 11

Die Witwen- und Waisenrente beginnt mit dem ersten Tag, für den die Besoldung des Versicherten nicht mehr ausbezahlt wird.

Art. 12

Invaliditätsversicherung

Zur Auszahlung gelangen im Invaliditätsfalle Invalidenrenten, in Prozenten der anrechenbaren Besoldung berechnet, unter Berücksichtigung der zurückgelegten Dienstjahre, nach folgender Skala:

Zurückgelegte Dienstjahre	Renten in Prozenten der anrechenbaren Besoldung
5	35
6	36
—	—
—	—
28	58
29	59
30 und mehr	60

Art. 13

Auszahlung der versicherten Leistungen

Die Renten werden in gleichen Vierteljahresraten jeweils am ersten Tag eines Vierteljahres den Rentenberechtigten pränumerando ausgerichtet.

C. Kostendeckung

Art. 14

Einlage des Versicherungsnehmers

Die Unternehmung X leistet an die Kosten der Versicherung zur Ermässigung der künftigen Jahresprämien eine Einmaleinlage von Fr. 100.000 Valuta 1. Juli 1928. Die Höhe der Einlage bei den einzelnen versicherten Personen richtet sich nach der Höhe der versicherten Leistung, nach dem Lebensalter sowie nach der Anzahl der zurückgelegten Dienstjahre.

Art. 15

Beiträge der Versicherten

Die versicherten Angestellten und Arbeiter leisten an die Kosten der Versicherung einen Beitrag von 5% ihrer anrechenbaren Besoldung.

Die Beitragspflicht beginnt mit der Aufnahme in die Versicherung und dauert bis zum Tode, längstens jedoch bis zum Alter von 59 — weibliche Personen — und 64 — männliche Personen — Jahren. Wird ein Versicherter vor diesem Alter teilweise invalid, so vermindert sich der von ihm zu entrichtende Beitrag entsprechend dem Grade der Erwerbsunfähigkeit. Bei vollständiger Erwerbsunfähigkeit erlischt die Beitragspflicht.

Der jährliche Beitrag wird jeweils bei der Gehaltszahlung des Monats Juni in Abzug gebracht.

D. Rechtsverhältnisse

Art. 16

Vorzeitiges Ausscheiden eines Versicherten aus der versicherten Gruppe

Scheidet eine versicherte Person aus andern Gründen als Alter, Tod, Invalidität aus dem Dienste der Unternehmung X aus, so kann ihr, sofern sie mindestens 10 Dienstjahre zurückgelegt hat, die Police zur Weiterführung auf eigene Rechnung übertragen werden. Die Versicherungsgesellschaft Y verpflichtet sich dabei, die Versicherung zu den in der Police festgesetzten Bedingungen fortzuführen.

Art. 17

Auflösung des Vertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer

Im Falle der Auflösung des Vertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer werden die Policen den einzelnen Versicherten zu Eigentum abgetreten. Es steht ihnen frei, die Beiträge für die Versicherung selbst zu bezahlen oder Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie zu verlangen.

E. Schlussbestimmungen

Art. 18

Einführung einer staatlichen Sozialversicherung

Im Falle der Einführung einer staatlichen Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung oder eines einzelnen Zweiges dieser Versicherung auf öffentlich-rechtlicher Grundlage ist die Unternehmung X berechtigt, die nach den vorstehenden Grundsätzen festgesetzten versicherten Leistungen den neuen Verhältnissen anzupassen und die Aufwendungen für die freiwillige Versicherung in dem Umfange herabzusetzen, als ihr durch die öffentlich-rechtliche Versicherung Lasten auferlegt werden.

Art. 19

Verrechnung mit andern Ansprüchen

Hat bei Tod oder Invalidität eines Versicherten die Schweizerische Unfallversicherungs-Anstalt in Luzern aufzukommen, so gelangen die aus den vorstehenden Bestimmungen sich ergebenden vertraglichen Leistungen nur so weit zur Auszahlung, als sie die Leistungen der Suval übersteigen.

Art. 20

Weiterbezug der Besoldung

Bleibt ein versicherter Arbeiter oder Angestellter auch nach dem Tarifalter im Dienste der Unternehmung X, so bezieht diese bis zu dessen Rücktritt die Altersrente, verpflichtet sich jedoch, dem Versicherten bis zur Pensionierung den vollen Gehalt auszuzahlen.

Art. 21

Verwendung freiwerdender versicherter Leistungen

Rückkaufswert und versicherte Leistungen, die aus irgendeinem Grunde nicht an die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen auszuzahlen sind, fallen dem Versicherungskonto der Unternehmung X zu.

Die versicherte Person ist befugt, schriftlich, Begünstigte zu bezeichnen, an die die Todesfallsumme ausbezahlt werden soll und die Verteilung der Leistungen an diese zu bestimmen.

Art. 22

Unabtretbarkeit, Unpfändbarkeit

Alle unter dieses Reglement fallenden versicherten Leistungen dürfen an Drittpersonen weder abgetreten noch verpfandet werden. Sie sind der Zwangsvollstreckung entzogen.

Art. 23

Wegfall der Ansprüche gegenüber dem Fürsorgefonds

Angestellte und Arbeiter, die gemäss diesem Reglement versichert sind, haben aus dem bisherigen Fürsorgefonds für Angestelite und Arbeiter der Unternehmung X keinen Anspruch mehr.

Art. 24

Inkrafttreten dieses Reglementes

Dieses Reglement tritt auf den 1. Juli 1928 in Kraft. Es ist Bestandteil des Dienstvertrages und wird den Angestellten und Arbeitern bei ihrer definitiven Anstellung, den gegenwärtigen Angestellten bei seinem Inkrafttreten übergeben.

Curriculum vitae

Der Verfasser der vorliegenden Arbeit, Hans Asch aus Basel, ist geboren am 10. April 1905 als Sohn des Hans Asch, Kaufmann, (gest. 24. Oktober 1925) und der Emma Asch geb. Bringolf. Nach Besuch der Primar- und Realschule in Basel bestand er im Herbst 1923 die Maturitätsprüfung. An der Universität Basel immatrikuliert, hörte er Vorlesungen der Herren Professoren Bächtold, Bauer, Hassinger, Mangold, Michels, Landmann, Ruck, Salin, Simonius, Speiser, Wieland. Seminarübungen besuchte er bei den Herren Professoren Bauer, Hassinger, Mangold, Ritschl, Salin, Ruck, Landmann, Michels. Die Dissertation ist unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. St. Bauer entstanden.